

LES SERVICES MEDICAUX AU QUEBEC

A.P. Contandriopoulos, Ph.D.
M.A. Fournier, M.Sc.

Equipe de Recherche Interdisciplinaire en Santé
Faculté de Médecine
Université de Montréal

Juin 1983

Etude préparée à la demande de U. Reinhardt pour la monographie
"Physician compensation under fee for service systems", Prince-
ton University.

TABLE DES MATIERES

	Page
I. Description du système d'assurance-maladie au Québec	1
I.1 Historique	1
I.2 Les caractéristiques essentielles du système d'assurance-maladie du Québec	12
I.3 Le coût du système de soins	15
Notes et références de la section I	20
II. Données sur les médecins	22
II.1 Organisation de la pratique médicale	22
II.1.1 Le caractère libéral de la pratique	22
II.1.2 Les associations syndicales des médecins	23
II.1.3 Les négociations avec le gouvernement depuis 1976	26
II.1.4 Caractéristiques de la rémunération des médecins	30
II.2 Type de pratique des médecins	32
II.3 Les effectifs médicaux	37
II.4 Revenu des médecins	47
Notes et références de la section II	55
III. La grille des honoraires	58
III.1 Les déterminants de la grille des honoraires	58
III.2 Données sur la tarification	59
III.3 Effets de la tarification sur la pratique médicale.	61
III.4 Conclusion	72
Notes et références de la section III	75
IV. Perspectives sur la rémunération des médecins	76
IV.1 Le mode de rémunération et le système de soins	77
IV.1.1 Le comportement du patient	80
IV.1.2 Le comportement du médecin	82
IV.1.3 Les effets du paiement à l'acte	84
IV.2 L'opinion des médecins du Québec sur la rémunération.	87
IV.3 Vers un nouveau mode de rémunération	92
Notes et références de la section IV	108
ANNEXE I. Correspondance entre certains actes CRVS64 et ceux en vigueur au Québec, et, évolution des tarifs québécois de 1971 à 1982	111

I. Description du système d'assurance-maladie au Québec

I.1 Historique¹

La mise en place d'un système public et universel d'assurance-maladie au Québec peut être divisée en deux périodes. La charnière se situant à la fin des années 60 avec la constitution de la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu) qui remet son rapport au début des années 70.

Jusqu'en 1970, le Québec est à la remorque des mesures qui sont prises par le gouvernement fédéral pour généraliser à l'ensemble du Canada les initiatives des provinces de l'ouest. Tandis qu'après 1970, à la suite de l'adoption de la "loi sur les services de santé et les services sociaux", le Québec développe un régime d'assurance-maladie original qui, à plusieurs égards, devient un modèle pour les autres provinces.

a) Avant 1970, le Québec réagit aux initiatives du gouvernement fédéral

En 1867, l'Angleterre par "l'Acte de l'Amérique du nord britannique" reconnaît la confédération canadienne. Ce nouvel état est alors constitué de quatre provinces. A mesure que la colonisation se développe vers l'ouest de nouvelles provinces s'ajoutent. Mais ce n'est qu'en 1949 avec l'entrée de Terre-Neuve dans la confédération que le Canada prend la forme actuelle.

Il s'agit d'une fédération de dix provinces auxquelles s'ajoutent les territoires du nord-ouest et du Yukon.

La structure fédérale du gouvernement canadien repose sur les dispositions écrites dans l'Acte de l'Amérique du nord britannique qui tient lieu de constitution. Une caractéristique fondamentale de cet acte est la répartition des pouvoirs entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux.

Le gouvernement fédéral a des pouvoirs spécifiques entre autres sur l'industrie et le commerce, les banques et la monnaie, le droit criminel, les postes, les poids et mesures, la navigation fluviale, l'armée. Il a de plus le droit de lever des impôts par tous les moyens.

Les pouvoirs des gouvernements provinciaux concernent, entre autres, l'imposition dans les limites de la province, les institutions municipales, le droit relatif à la propriété et les droits civils ainsi que toutes les matières de nature purement locale ou privée comme l'éducation, la langue et la santé.

Dans ce dernier domaine, l'Acte de l'Amérique du nord britannique accorde aux provinces la juridiction en matière d'organisation et de distribution des soins de santé. Ne restent donc au fédéral que les fonctions relatives à la qualité des aliments et drogues, à la quarantaine, à la mise en place et à la bonne marche des hôpitaux de la marine et à la distribution des services de santé à quelques populations particulières (Amérindiens, militaires, policiers fédéraux, détenus des prisons fédérales et population des territoires septentrionaux).

Les provinces du Canada, d'après la constitution, ont donc une juridiction à peu près complète dans le domaine de la santé. Le gouvernement fédéral ne pourra intervenir dans ce secteur que de façon indirecte ou après avoir obtenu l'accord des provinces.

Analysons maintenant brièvement comment s'est développé le système de santé au Québec jusqu'en 1970.

Avant la confédération, sous les régimes coloniaux français et anglais, les services de santé étaient très peu développés et les législations dans ce domaine quasi inexistantes².

Historiquement, au Québec, la première législation favorisant l'accessibilité financière aux services de santé personnels est la loi de 1879 régissant les asiles d'aliénés, par laquelle les municipalités devaient défrayer la moitié du coût de l'hospitalisation des malades mentaux. Ce n'est qu'en 1945 que le ministère de la Santé assumera le paiement complet des frais d'hospitalisation dans ces asiles. Il faut peut-être mentionner ici qu'avant la création, à partir de 1840, des bureaux de santé municipaux dans les principales agglomérations du Québec, et à part, aussi, les hôpitaux généraux qui étaient généralement un refuge pour indigents, le soin des malades était surtout une responsabilité familiale. La loi de 1879 est donc la première intervention directe de l'Etat pour favoriser l'accessibilité financière aux soins des malades; d'ailleurs ces malades mentaux étaient généralement rejetés par leur famille.

En 1909 est promulguée la première loi des accidents de travail, selon laquelle l'employeur devait payer les frais médicaux et hospitaliers ainsi qu'une indemnité établie selon le type d'incapacité; des améliorations apportées à cette loi en 1928 et en 1931 permettent à un travailleur accidenté de toucher des indemnités sans devoir initier lui-même, devant les cours, des poursuites judiciaires contre son employeur.

La première loi qui s'étend vraiment à une portion importante des citoyens est celle de 1921 créant le Service de l'assistance publique. Cette loi est conçue tout d'abord pour fournir une aide financière aux institutions charitables qui reçoivent, gardent, soignent ou hospitalisent gratuitement les indigents. Le coût de l'assistance était réparti également entre le gouvernement provincial, l'institution d'hébergement et la municipalité où l'indigent avait établi son domicile.

Il s'agit là de la première intervention majeure de l'Etat dans le financement des institutions fournissant des soins personnels. L'épiscopat et les institutions privées d'apposèrent fortement à cette loi à cause de son caractère "socialiste": rappelons que la révolution russe avait eu lieu 4 ans auparavant seulement. On craignait que cette loi ne marquât les débuts de l'étatisation de la charité dans la province. En fait, l'assistance publique n'a représenté qu'un premier effort de réconciliation entre la charité privée et la responsabilité de l'Etat dans le domaine social.

L'intervention de l'Etat dans le domaine social ne s'est réellement systématisée que durant, et à la suite, de la crise économique des années 30.

En 1930, le gouvernement du Québec charge la commission des assurances sociales (Commission Montpetit) d'étudier le problème des assurances sociales, de l'assistance publique et de l'hygiène industrielle. La commission n'écarte pas la possibilité d'établir un système d'assurance-maladie obligatoire, mais recommande surtout une aide gouvernementale accrue aux institutions d'assistance publique.

En 1933, la loi concernant les unités sanitaires permet de fournir aux populations rurales et semi-urbaines, généralement non desservies par des bureaux municipaux de santé, des services de santé publique telles les vaccinations et la santé maternelle et infantile.

A la même période au niveau fédéral, à peu près tout le monde, y compris les corps médicaux organisés, réclamait la mise sur pied d'un régime d'assurance-maladie public et contributoire. Dès 1935, une loi fut votée par le gouvernement fédéral à cet effet, mais elle fut déclarée ultra-vires parce que le pacte confédératif confiait aux provinces la responsabilité première en matière de santé.

A la suite de cette décision, en 1937, une commission royale d'enquête (la Commission Rowell-Sirois) est nommée par le gouvernement fédéral pour étudier différents aspects des relations fédérales-provinciales. Dans le domaine de la sécurité sociale, cette commission recommande au gouvernement fédéral de veiller à ce qu'il existe un certain degré d'uniformité entre les provinces.

Au cours de la seconde guerre mondiale, le gouvernement fédéral ayant accaparé la majorité des champs de taxation, propose aux provinces d'utiliser une partie de ces impôts pour financer un régime universel d'assurance-maladie.

Les provinces en 1945, soucieuses de conserver leur plein pouvoir sur un champ de juridiction provinciale, refusèrent les arrangements fiscaux proposés. Ces discussions sont partiellement à l'origine du débat portant sur l'autonomie provinciale, débat qui se poursuit encore arduement aujourd'hui.

Cette confirmation de la responsabilité provinciale en matière de santé pourra aider ces dernières à intervenir. Le 1er janvier 1947, le premier régime public et universel d'assurance-hospitalisation du continent nord-américain est instauré en Saskatchewan. Deux ans plus tard, un régime unitaire voit le jour en Colombie-Britannique et en Alberta en 1950. Au Québec comme dans les autres provinces, seuls quelques programmes pour les assistés sociaux et des assurances privées existent.

En 1948, le gouvernement fédéral revient à la charge et vote "le programme de subvention nationale à la santé". Ce programme permettait au gouvernement fédéral de subventionner la recherche sur les services de santé; les programmes existants de santé publique, la lutte anti-tuberculeuse, l'hygiène mentale, les services de laboratoire et de radiologie, etc.; la formation de professionnels; et surtout la construction d'hôpitaux.

A la suite des demandes d'aide financière de plusieurs provinces pour instaurer des régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation, le gouvernement fédéral avec l'accord de toutes les provinces à l'exception du Québec vota "la loi de l'assurance-hospitalisation et des services diagnostiques" qui entra en vigueur en 1958.

Cette loi assure une accessibilité financière universelle aux services hospitaliers. Par cette loi, le gouvernement fédéral assume environ 50% du coût des services hospitaliers dans chacune des provinces. Le gouvernement du Québec de l'époque n'étant pas encore convaincu que le fédéral pouvait imposer aux provinces ses propres priorités dans un domaine de juridiction provinciale, refuse de participer. Ce n'est qu'en janvier 1961 que le régime d'assurance-hospitalisation débute finalement au Québec à la suite du changement de gouvernement qui marque le début de la "révolution tranquille" que cette province va vivre durant les années 60.

Le scénario qui a permis au gouvernement fédéral d'orchestrer l'introduction de l'assurance-hospitalisation dans toutes les provinces du Canada se reproduit 10 ans plus tard pour l'assurance-maladie. La Saskatchewan en 1951 et la Colombie Britannique en 1965 introduisent des régimes provinciaux d'assurance-maladie. Le gouvernement fédéral, à la suite du rapport de la commission royale d'enquête sur les services médicaux (Commission Hall) qui recommandait très ardemment l'établissement d'un régime complet et universel d'assurance-maladie administré par les provinces, vote en 1966 "la loi sur les soins médicaux" qui offrent aux

provinces de défrayer environ 50% du coût de leur programme d'assurance-maladie à condition que ces dernières respectent 4 principes:

- "(1) le régime doit assurer, au minimum, une garantie tous risques couvrant tous les services médicaux dispensés par des médecins, sans plafond ni exclusion, pourvu que les services soient médicalement nécessaires et ne soient pas déjà assurés par une autre mesure législative;
- (2) la protection doit être assurée, aux mêmes conditions à tous les habitants qui y ont droit et doit s'étendre à 95% au moins de la population;
- (3) les prestations doivent être transférables, c'est-à-dire que l'assuré doit pouvoir en profiter même s'il quitte temporairement le pays, change d'emploi, prend sa retraite ou déménage dans une autre province pourvu que toutes les primes exigées soient payées;
- (4) le régime doit être administré sans but lucratif par un organisme public comptable au gouvernement provincial de ses opérations financières."

Le Québec qui en 1966 avait voté la "loi de l'assistance médicale" pour fournir gratuitement les services médicaux aux assistés sociaux et qui avait instauré sa "commission d'enquête sur la santé et le bien-être social" (Commission Castonguay-Nepveu) retarde son adhésion au projet fédéral d'assurance pour les soins médicaux.

b) En 1970, le Québec se dote d'un régime public et universel d'assurance-maladie

Au début de l'année 1970, un nouveau gouvernement est élu.

La partie du rapport de la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social qui portait spécifiquement sur l'assurance-maladie est déposée. L'ex-président de la commission devient ministre de la santé. Il se donne comme but de doter le plus rapidement possible le Québec d'un système public d'assurance-maladie qui "permette de rendre accessible à tous sans distinction de revenu ou de lieu de résidence, une gamme complète de services sociaux et de services de santé de qualité à partir d'un appareil administratif efficace, décentralisé et ouvert à la participation"⁴.

Pour ce faire, le gouvernement du Québec adopte la loi de l'assurance-maladie en 1970 puis en 1971 la loi sur les services de santé et les services sociaux qui crée l'infrastructure du système de santé québécois.

Un nouveau ministère qui regroupe la santé et les services sociaux est créé. Pour favoriser la décentralisation et la participation de la population aux décisions, le Québec est divisé en 12 régions socio-sanitaires. Dans chacune d'entre elles, un conseil régional de la santé et des services sociaux (CRSSS) exerce des pouvoirs sur la planification des ressources. Ils servent d'intermédiaire entre le ministère des Affaires sociales et les établissements (hôpitaux, centres d'accueil d'hébergement). Pour permettre une intégration efficace des services de santé curatifs et préventifs, 32 départements de santé communautaire ont été

créés dans 32 hôpitaux. Leur mandat consiste à coordonner toutes les activités touchant la santé de la population dans leur territoire.

Enfin, pour offrir à la population des services de première ligne globaux et continus, on a créé les "centres locaux de services communautaires" (CLSC). Ces établissements devaient devenir la porte d'entrée du système de soins. En réalité, la constitution de ce réseau d'établissement de première ligne n'est pas encore complétée et ne peut se substituer aux cabinets privés des médecins.

La mise en place de ce nouveau système a donné lieu à ce nombreuses négociations entre les médecins et le gouvernement. D'une part la Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec (F.M.O.Q.) qui avait été créée en 1963 a obtenu que les avantages qu'elle avait obtenus lors de l'introduction de l'assistance médicale en 1966 soient maintenus entre autres le paiement à l'acte, le tarif unique et le maintien d'une médecine de première ligne libérale, D'autre part, la Fédération des Médecins Spécialistes du Québec (F.M.S.Q.) créée en 1965 s'opposait au nouveau système. Les médecins spécialistes exigeaient entre autres le droit d'exercer en dehors du régime d'assurance-maladie. A la suite d'une grève générale des médecins spécialistes et compte tenu de la crise politique qui secouait le Québec à cette époque, le gouvernement par une loi spéciale impose sa réforme aux médecins. Ceux-ci s'apercevront très rapidement que le régime d'assurance-maladie qui est en place leur est plutôt favorable et par la suite accepteront de négocier avec le gouvernement.

Cette acceptation du régime d'assurance-maladie a été facilitée par la générosité des tarifs de remboursement proposés par le gouvernement et par le maintien de toutes les libertés professionnelles des médecins y compris le paiement à l'acte.

Mais la période d'expansion rapide du système de soins touche à sa fin. La croissance économique ralentie, la dette publique est considérable, l'état providence est remis en question, la croyance dans l'efficacité de la médecine s'émousse⁵.

Tout ceci amène le gouvernement fédéral à reconsidérer sa contribution aux régimes d'assurance-maladie d'autant plus que les provinces se plaignent de plus en plus du caractère trop rigide du système de frais partagés.

La réorientation des politiques du gouvernement fédéral en matière de santé s'inscrit dans l'esprit du document préparé par le ministère de la Santé et du Bien-être social "Nouvelles perspectives sur la santé des Canadiens"⁶ et se concrétise, en 1977, par l'adoption d'un nouveau système de financement des programmes à frais partagés.

Le gouvernement fédéral met à la disposition des provinces une somme globale correspondant en 1976 à 50% des frais réels des programmes d'assurance-maladie mais indexée, pour les années suivantes, sur la croissance économique. On est ainsi passé d'un régime de remboursement des frais de l'assurance-maladie à un régime de financement.

Au niveau provincial se sont les mêmes principes que l'on tente d'appliquer. En 1973, tous les hôpitaux sont financés au moyen d'un budget global et à partir de 1976, des mécanismes de plafonnement des honoraires versés aux médecins sont mis en place.

En 1982, la loi 27 apporte de nombreuses modifications au cadre législatif qui régit le système de soins du Québec de façon à mieux l'adapter à la période de rationalisation qui s'impose. Cette loi, entre autres, renforce les pouvoirs des conseils régionaux et introduit des mécanismes qui limitent l'autonomie individuelle des médecins mais qui favorisent l'intégration de la profession médicale au processus de planification et de gestion du système de santé.

I.2 Les caractéristiques essentielles du système d'assurance-maladie du Québec⁷

Le système d'assurance-maladie qui a été mis en place au Québec en 1970 témoigne non seulement de la volonté de mettre en place un système efficace d'assurance-maladie publique mais aussi du désir "de démocratiser en profondeur le secteur de la santé"⁸. Il est en quelque sorte le résultat d'un équilibre entre les valeurs de libertés qui restent très fortes dans la société québécoise et ce que l'on pourrait appeler les valeurs d'équité⁹.

Les tableaux I et II fournissent les principales caractéristiques du système de soins québécois. Le tableau I décrit les caractéristiques associées à la relation d'équité et le tableau II à celles qui garantissent le respect des libertés.

Tableau I: Equité et caractéristiques du système de soins québécois

Caractéristiques générales:	. Programme d'assurance universel et global sans déductible ou ticket modérateur. . Financement public à partir de l'assiette fiscale et administration par une organisation sans but lucratif. . Décentralisation de la prise de décision (CRSSS, DSC, CLSC).
Services médicaux:	. Limitation des possibilités pour le médecin de ne pas souscrire aux principes des programmes (99% des médecins participent au régime d'assurance-maladie). . Dépassements d'honoraires interdits. . Honoraires versés par un tiers payant. . Mesures incitatives à une répartition géographique équitable. (Depuis 1982, les médecins qui s'installent dans les régions urbaines ont un tarif de remboursement diminué et par contre ceux qui s'installent dans des régions désignées reçoivent 120% du tarif). . Existence d'une médecine en CLSC qui accueille 7% du coup médical. Ces médecins sont payés à salaire. . Standardisation et surveillance de la qualité des services par la Corporation professionnelle des médecins.
Services hospitaliers:	. Financement des centres hospitaliers par l'intermédiaire de budgets globaux fixés par l'Etat. . Coordination régionale des dépenses en capital et en équipement. . Négociation provinciale des conditions de travail du personnel hospitalier. . Composition des conseils d'administration fixée par l'Etat. Les usagers y ont une place.

Tableau II: Respect des libertés individuelles et caractéristiques du système de soins québécois

Caractéristiques générales:	. Libertés garanties par les chartes canadienne et québécoise des droits et libertés de la personne.
Services médicaux:	. Liberté pour l'individu de choisir son médecin. . Liberté pour le médecin de choisir sa spécialité, son type et lieu de pratique et sa clientèle. En pratique privée, le médecin est seul responsable des coûts de fonctionnement de son cabinet. . Liberté pour le médecin de choisir son mode de rémunération. Le paiement à l'acte est le mode dominant de rémunération. . Liberté pour le médecin d'adhérer aux programmes d'assurance-maladie. . Les médecins sont regroupés dans trois associations professionnelles qui voient à la défense de leurs intérêts. . Négociation de la tarification et des modalités de paiement entre les associations médicales et l'Etat. . Libertés thérapeutiques et contrôle de la qualité de la pratique par les pairs.
Services hospitaliers:	. Liberté pour l'individu de choisir son centre hospitalier. . Les libertés des professionnels non médecins à l'intérieur du centre hospitalier sont respectées. . Les conditions de travail sont négociées entre les établissements et les syndicats.

I.3 Le coût du système de soins

Les tableaux III et IV fournissent les dépenses en santé pour l'ensemble du Canada et au Québec. Pour l'ensemble du Canada, tableau III, les données portent sur la période 1946-1981, tandis que pour le Québec, tableau IV, les données disponibles ne nous permettent pas d'avoir des séries cohérentes avant 1960.

Nous constatons sur le tableau III que de 1946 à 1960 pour l'ensemble du Canada, les dépenses publiques en santé ne représentaient qu'un peu plus du tiers de l'ensemble des dépenses de santé. Au Québec, en 1960 les dépenses publiques étaient encore plus faibles. Elles ne constituaient que le quart de l'ensemble des coûts de la santé (tableau IV).

C'est à partir de 1960, avec l'introduction des programmes d'assurance-maladie que les dépenses publiques vont augmenter très rapidement pour atteindre leur sommet 15 ans plus tard. En 1975, les pouvoirs publics financent 82% du coût du système de soins au Québec et 76,5% en moyenne dans toutes les provinces du Canada.

C'est aussi à cette époque que les tentatives de rationalisation dans le domaine de la santé se généralisent pour tenter d'enrayer la croissance des dépenses. Les données qui sont fournies sur les tableaux III et IV nous permettent de constater que le rythme de croissance des dépenses de santé par rapport au P.N.B. diminue. Pour l'ensemble du Canada, il passe de 4,08% par an de 1946 à 1960, à 1,97% par an de 1960 à 1975 pour s'accroître de moins de 1% par an après 1975. Au Québec, la

TABLEAU II

Services de santé au Canada, 1946-1981

Services pu- blies en t	% des dépenses totales	P.N.B. (en millions de \$)	Total des soins personnels en % du P.N.B.	Total des dépenses de santé en % du P.N.B.	Indice des prix à la consom. 1971 = 100	Population	
						(en mil- liers)	65 ans et plus %
36,2		11 885	2,5	3,2	44,4	12758	6,7
42,5		18 491	2,8	3,7	59,0	14009	7,8
39,4		28 528	2,9	3,9	66,8	16081	7,8
42,8		38 359	3,8	5,6	75,0	18238	7,7
51,0		55 364	4,3	6,1	80,5	20015	7,7
70,0		85 685	5,1	7,3	97,2	21568	8,1
76,5		165 343	5,4	7,5	138,5	22993	8,7
73,8		291 869	5,1	7,6	210,6	24109	9,5
73,8		331 338	5,1	7,8	236,0	24343	9,7
1,2		8,73	3,04	4,08	3,82	2,59	1,00
3,9		10,23	2,37	1,97	4,17	1,56	0,82
- 0,6		12,28	- 0,95	0,66	9,29	0,96	1,83
2,06		9,97	2,06	2,58	4,89	1,86	1,06

Source: Gouvernement du Canada, Ottawa, 1964, Vol. I, pp. 429 et 436.

Services de santé au Canada 1960-1975, Ottawa, 1979, pp. 23 et 25.

Le Canada, Données du recensement, diverses années. PNB.: Avant 1960: Statistique

Canada, Revue statistique du Canada, mensuel no 11-003, mars 1983, p. 8.

Stat. mensuel, no 11-003, mars 1983 - 9. Stat. Canada, Annuaire du Canada, diverses années

TABLEAU 11

Dépenses pour les services de santé au Canada, 1946-1981

Année	Services médicaux (en millions de \$)	Services hospitaliers (en millions de \$)	Services dentaires (en millions de \$)	Médicaments prescrits (en millions de \$)	Total soins personnels de santé (en millions de \$)	Total des dépenses de santé (en millions de \$)	Dépenses publiques en %		P.N.B. (en millions de \$)	Total des soins personnels en % du P.N.B.	Total des dépenses de santé en % du P.N.B.	Indice des prix à la consom. 1971 = 100	Population	
							Monta (en mil- lions de \$)	% des dépenses totales					(en mil- liers)	% 65 ans et plus
1946	86.7	150.7	36.3	26.8	300.5	384	139	36,2	11 885	2,5	3,2	44,4	12758	6,7
1950	135.0	283.3	46.5	37.8	502.6	676	287	42,5	18 491	2,8	3,7	59,0	14009	7,8
1955	206.5	480.0	68.6	59.5	814.6	1124	443	39,4	28 528	2,9	3,9	66,8	16081	7,8
1960	355.0	845.0	109.6	131.1	1440.7	2155	922	42,8	38 359	3,8	5,6	75,0	18238	7,7
1965	545.1	1462.0	160.1	200.0	2367.2	3362	1719	51,0	55 364	4,3	6,1	80,5	20015	7,7
1970	1041	2815	265	369	4490	6081	4227	70,0	85 685	5,1	7,3	97,2	21568	8,1
1975	1914	5796	597	579	8886	12370	9465	76,5	165 343	5,4	7,5	138,5	22993	8,7
1980	3269	9367	1288	1011	14935	22109	16322	73,8	291 869	5,1	7,6	210,6	24109	9,5
1981	3724	10642	1483	1201	17050	25657	18938	73,8	331 338	5,1	7,6	236,0	24343	9,7
							Taux de croissance annuel en %							
46 à 60	10,59	13,10	8,21	12,01	11,85	13,11	14,47	1,2	8,73	3,04	4,08	3,82	2,59	1,00
60 à 75	11,89	13,70	11,96	10,41	12,90	12,36	16,54	3,9	10,23	2,37	1,97	4,17	1,56	0,82
75 à 81	11,73	10,66	16,38	12,93	11,47	12,93	12,25	- 0,6	12,28	- 0,95	0,66	9,29	0,96	1,83
46 à 81	11,34	12,93	11,18	11,48	12,23	12,76	15,07	2,06	9,97	2,06	2,58	4,89	1,86	1,06

Sources:

Dépenses de santé:

avant 1960: Rapport de la commission royale d'enquête sur la santé, 1960-1965: Santé et Bien-être social Canada, Les dépenses nationales de santé, 1960-1975, Ottawa, 1979, pp. 23 et 25.
après 1970: Données corrigées à paraître. Population: Statistique Canada, Annuaire du Canada, diverses années. Après 1960: Statistique Canada, Revue statistique du Canada, mensuel no 11-003, mars 1983, p. 8.
Indice des prix à la consommation: Stat. Canada, Revue stat. du Can.

té, Gouvernement du Canada, Ottawa, 1964, Vol. I, pp. 429 et 436.
Services de santé au Canada 1960-1975, Ottawa, 1979, pp. 23 et 25.

le Canada, Données du recensement, diverses années. PNB: Avant 1960: Statistique Canada, Revue statistique du Canada, mensuel no 11-003, mars 1983, p. 8.

Stat. Canada, Annuaire du Canada, diverses années.

Année	Services médicaux (en millions de \$)	Services hospitaliers (en millions de \$)	Services dentaires (en millions de \$)	Médicaments prescrits (en millions de \$)	Total soins personnels de santé (en millions de \$)	Total des dépenses de santé (en millions de \$)	D b s
							Monta (en milli de \$)
1946	86.7	150.7	36.3	26.8	300.5	384	139
1950	135.0	283.3	46.5	37.8	502.6	676	287
1955	206.5	480.0	68.6	59.5	814.6	1124	443
1960	355.0	845.0	109.6	131.1	1440.7	2155	922
1965	545.1	1462.0	160.1	200.0	2367.2	3362	1719
1970	1041	2815	265	369	4490	6081	4227
1975	1914	5796	597	579	8886	12370	9465
1980	3269	9367	1288	1011	14935	22109	16322
1981	3724	10642	1483	1201	17050	25657	18938
Rationalisa- tion							
46 à 60	10,59	13,10	8,21	12,01	11,85	13,11	14,47
60 à 75	11,89	13,70	11,96	10,41	12,90	12,36	16,54
75 à 81	11,73	10,66	16,38	12,93	11,47	12,93	12,25
46 à 81	11,34	12,93	11,18	11,48	12,23	12,76	15,07
Taux de croissance annuel en %							

Sources:

Dépenses de santé:

- avant 1960: Rapport de la commission royale d'enquête sur la santé
- 1960-1965: Santé et Bien-être social Canada, Les dépenses nationales
- après 1970: Données corrigées à paraître. Population: Statistics Canada, Annuaire du Canada, diverses années. Après 1960: Statistics Canada, Annuaire du Canada, diverses années. Après 1960: Statistics Canada, Annuaire du Canada, diverses années.
- Indice des prix à la consommation: Stat. Canada; Revue stat. du Can

Abilité n % des p.tot.	P.I.B. (en mil- lions de \$)	Total des soins personnels en santé en % du P.I.B.	Total des dépenses de santé en % du P.I.B.	Indice des prix à la consom. (1971 = 100)	Population	
					En milliers	% des 65 ans et plus
1,7	9720	3,4	5,4	75,0	5160	5,8
6,9	14691	4,4	6,2	80,5	5733	6,1
1,6	21931	5,5	7,8	97,2	5986	6,9
3,1	40761	6,0	8,4	138,5	6194	7,5
3,1	46820	—	8,3	148,9	6234	7,7
2,3	50461	—	8,2	160,8	6274	7,9
1,9	56378	—	8,0	175,2	6314	8,1
0,8	62676	—	7,8	191,2	6356	8,3
0,7	70139	5,7	8,0	210,6	6397	8,6
	80189	5,7	8,0	236,0	6438	8,8
2,1	10,03	3, 86	2,99	4,17	1,23	1,73
0,2	11,94	0,85	- 0,81	9,29	0,65	2,70
7,4	10,57	2,49	1,89	5,61	1,06	2,01

Année	Services médicaux (millions de \$)	Services hospitaliers (millions de \$)	Services dentaires (millions de \$)	Médicaments prescrits (millions de \$)	Total de soins personnels de santé (millions de \$)	Total des dépenses de santé (millions de \$)	Dépenses par habitant (en millions de \$)	P.I.B. (en millions de \$)	Total des soins personnels en santé en % du P.I.B.	Total des dépenses de santé en % du P.I.B.	Indice des prix à la consom. (1971 = 100)	Population	
												En milliers	% des 65 ans et plus
1960	77,6	202	20,7	35,1	335,4	528,3	135,0	9720	5,4	5,4	75,0	5160	5,8
1965	130,4	430,5	29,9	58,8	649,6	913,8	472,8	14691	4,4	6,2	80,5	5731	6,1
1970	217	853	48	96	1214	1707	1142,5	21931	5,5	7,8	97,2	5986	6,9
1975	506	1697	102	127	2432	3424,5	2795,1	40761	6,0	8,4	138,5	6194	7,5
1976	—	—	—	—	—	3891,0	3232,7	46820	—	8,3	148,9	6234	7,7
1977	—	—	—	—	—	4131,2	3441,0	50461	—	8,2	160,8	6274	7,9
1978	—	—	—	—	—	4493,1	3700,0	56378	—	8,0	175,2	6314	8,1
1979	—	—	—	—	—	4891,1	4006,6	62676	—	7,8	191,2	6356	8,3
1980	789	2810	247	175	4021	5644,7	4559,2	70139	5,7	8,0	210,6	6397	8,6
1981	821	3220	284	242	4567	6434,5	5491,7	80189	5,7	8,0	236,0	6438	8,8
Taux de croissance annuel en %													
1960-75	13,31	15,24	11,22	8,95	14,12	13,27	22,39	10,03	3,86	2,99	4,17	1,23	1,73
1975-81	8,4	11,27	18,61	11,34	11,07	11,08	10,87	11,94	0,85	- 0,81	9,29	0,65	2,70
1960-81	11,89	14,09	13,28	9,63	13,24	12,64	8,98	10,57	2,49	1,89	5,61	1,06	2,01

Sources:

P.I.B.: Bureau de la statistique du Québec, Comptes économiques des revenus et dépenses 1982 (à paraître).

Autres: Voir tableau 2.

Année	Services médicaux (millions de \$)	Services hospitaliers (millions de \$)	Services dentaires (millions de \$)	Médicaments prescrits (millions de \$)	Total de soins personnels de santé (millions de \$)	Total des dépenses de santé (millions de \$)	Dépenses pour les services (en millions de \$)
1960	77,6	202	20,7	35,1	335,4	528,3	135,0
1965	130,4	430,5	29,9	58,8	649,6	913,8	472,8
1970	217	853	48	96	1214	1707	1142,5
1975	506	1697	102	127	2432	3424,5	2795,1
1976	—	—	—	—	—	3891,0	3232,7
1977	—	—	—	—	—	4131,2	3441,0
1978	—	—	—	—	—	4493,1	3700,0
1979	—	—	—	—	—	4891,1	4006,6
1980	789	2810	247	175	4021	5644,7	4559,2
1981	821	3220	284	242	4567	6434,5	5491,7
1960-75	13,31	15,24	11,22	8,95	14,12	13,27	22,39
1975-81	8,4	11,27	18,61	11,34	11,07	11,08	10,87
1960-81	11,89	14,09	13,28	9,63	13,24	12,64	8,98

Mise en place ass. maladie
rationalisation

Taux de croissance annuel en %

Sources:

P.I.B.: Bureau de la statistique du Québec, Comptes

Autres: Voir tableau 2.

croissance des dépenses de santé par rapport au P.I.B. de la province a été très rapide, 3% par an de 1960 à 1975. Mais depuis 1975, ce pourcentage est resté stationnaire.

L'analyse des différents postes des dépenses nous permet de constater que durant la période 1960-1975 ce sont les dépenses pour les services hospitaliers qui ont augmenté le plus rapidement: 13,7% par an pour l'ensemble du Canada et 15,24% par an au Québec. Ceci est particulièrement important quand on sait que ces services représentent plus de 65% des dépenses personnelles en santé.

En sachant que le taux d'inflation était de 4,17% par an, on constate que la valeur réelle des services hospitaliers a augmenté durant ces 15 années 6,1 fois plus rapidement que la population pour l'ensemble du Canada et 9 fois plus vite au Québec. Même si l'on tient compte d'un certain vieillissement de la population, on doit admettre que le volume et la valeur des services utilisés par personne a considérablement augmenté. Ceci est aussi vrai pour tous les autres postes de dépenses. Cette période de croissance rapide prend fin, presque brutalement vers le milieu des années 1970. Au Québec, de 1975 à 1981, la monnaie se déprécie au rythme de 9,29% par an et la population augmente faiblement (0,65% par an) par contre le pourcentage de la population de 65 ans et plus passe de 7,5% à 8,8%. Compte tenu de ces facteurs, une augmentation des dépenses inférieure à 10% implique une diminution dans la valeur réelle des services utilisés en moyenne par personne. Les dépenses publiques ont augmenté de 10,87% par an. Elles ont donc tout juste permis de maintenir en 1981 le niveau d'utilisation de 1975. La valeur réelle des

services médicaux utilisés a diminué, celle des services hospitaliers et des médicaments prescrits s'est maintenue, par contre, la valeur des services dentaires a considérablement augmenté. Ceci est probablement dû à l'accroissement rapide du nombre de dentistes, au développement de la couverture pour ces services dans le cadre de l'assurance-maladie, à l'augmentation des assurances privées et à la place de plus en plus importante que la population accorde à la santé dentaire.

Notes et références de la section I

- ¹ L'historique de la mise en place du système d'assurance-maladie au Québec a été écrit à partir des documents suivants:
- Rivard, J.Y., Blain, G., Martin, J.C. et Taylor, Y.: "L'évolution des services de santé et des modes de distribution des soins au Québec". Annexe 2 de la Commission d'enquête sur la santé et le Bien-être social. Gouvernement du Québec, sept. 1970.
 - Rivard, J.Y.: "Le coût des services de santé, faits et législations", Module préparé dans le cadre du cours "Médecine Sociale et Préventive", Faculté de Médecine, Université de Montréal, 1976.
 - Comité sur la rémunération des professionnels de la santé, Le système des honoraires modulés, ch. III, Gouvernement du Québec, Québec, 1980.
 - Desrosiers, G. et Contandriopoulos, A.P.: Analyse du système de santé du Québec, cours M.R.D. 2117, Faculté de Médecine, Université de Montréal, 1982.
 - Rodwin, V.: "Health planning under NHI and Rapid Reform: Quebec," in The health planning predicament: France, Quebec, England and U.S. . Berkeley; U.C. Press, 1983.
 - Taylor, R.: Health Insurance and Canadian Public Policy. McGill-Queen's University Press, 1978.
 - Lee, S.: Quebec's Health System: A decade of change 1967-1977. Monograph no 4, the Institute of Public Administration of Canada, Montréal, Nov. 1979.
 - Trahan, M.: L'assurance-maladie en France, en Australie, et au Canada. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, Canada, 1981.
 - Gosselin, R.: "Decentralization/Regionalization in Health Care: the Quebec Experience," Health Care Management Review, à paraître 1983.
 - Cardinal, C.: "Le rôle de l'Etat dans le système médical québécois" miméo, département d'Histoire, Université du Québec à Montréal, Montréal, 1982.
 - Blain, G. (éditeur): "La réforme des affaires sociales au Québec 1970-1980", actes du 1er colloque J.Y. Rivard, Editions Administration de la santé, Montréal, 1980.

- ² Il est toutefois intéressant de rappeler que c'est en 1655 à Montréal qu'Etienne Bouchard créa ce qui est en quelque sorte l'ancêtre du HMO. Il conclut en effet un engagement avec 26 chefs de famille de Montréal en vue de leur fournir moyennant 100 sous par année par personne tous les soins médicaux et les médicaments requis par eux-mêmes, leur épouse et leurs enfants présents et futurs.
- ³ Questions et réponses, le programme fédéral des soins médicaux, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1974.
- ⁴ Lajoie, A.: "Les instruments juridiques", dans la Réforme des affaires sociales au Québec 1970-1980, op. cit. p.9.
- ⁵ De Kervasdoué, J., Kimberly, J., Rodwin, V.: La santé rationnée, Economica, Paris, 1981.

Illich, I.: "Némésis médicale: l'expropriation de la santé", Seuil, Paris, 1975.

Bozzini, L. et al.: "Médecine et société: les années 80", Albert St-Martin, Québec, 1981.
- ⁶ Lalonde, M.: "Une nouvelle perspective sur la santé des canadiens", Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1974.
- ⁷ Cette section est inspirée de: Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., Fournier, M.A., Laurier, C.: "Le système de soins au Québec: une organisation visant l'équité et le respect des libertés individuelles", Revue française de finance publique, à paraître 1983.
- ⁸ Renaud, M.: "Réforme ou illusion? Une analyse des interventions de l'Etat québécois dans le domaine de la santé", Sociologie et Sociétés, vol. 9, no 1, avril 1977, p. 128.
- ⁹ Est conçue comme équitable une allocation des ressources qui est principalement fonction des besoins en services de santé de la population et non fonction de la capacité de payer, du statut social, de la contribution au système de production, etc. La recherche d'équité implique aussi qu'il existe une volonté d'assurer à toute la population des services de qualité identique. Sur le plan social, la notion d'équité est de plus indissociable de la notion d'efficience dans l'utilisation des ressources. En effet, toute utilisation inefficace des ressources prive la population d'une certaine quantité de services.

II. Données sur les médecins

II.1 Organisation de la pratique médicale

II.1.1 Le caractère libéral de la pratique

Avec la mise en place d'un régime universel d'assurance-maladie, l'Etat devenait le seul tiers-payant des services médicaux. Cependant, bien que le financement des services médicaux soit socialisé, la pratique médicale demeure à caractère libéral avec, comme nous l'avons vu au chapitre I, les libertés qui y sont attachées pour les médecins:

- statut d'entrepreneur indépendant et rémunération à l'acte pour 93% des médecins
- liberté d'adhérer au régime d'assurance-maladie
- liberté de choisir la spécialité, le type et le lieu de pratique et la clientèle
- libertés thérapeutiques

D'autre part, les honoraires pour les services médicaux sont déterminés par une entente résultant de négociations entre le gouvernement et les associations représentant les médecins et aucun supplément d'honoraires n'est permis aux médecins s'ils veulent participer au régime. Les médecins ne peuvent donc pas déterminer individuellement le niveau des tarifs.

Comme la presque totalité des revenus des médecins dépend du pouvoir que détient les associations des médecins lors des négociations avec le gouvernement, ces associations occupent une place très importante dans l'organisation de la profession médicale.

II.1.2 Les associations syndicales des médecins

L'intervention accrue de l'Etat dans le domaine de la santé depuis le début des années '60 a amené les omnipraticiens et les spécialistes à se regrouper en deux associations à caractère syndical: la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ). On ne trouve pas de pareille association ailleurs au Canada, où le Canadian Medical Association est le porte-parole des médecins.

Au Québec, le CMA n'a jamais représenté, même avant les années '60, l'ensemble des médecins francophones qui se regroupaient plutôt au sein du Collège des médecins et chirurgiens du Québec. La politique du Collège reflétait cependant davantage la position des médecins spécialistes que celle des omnipraticiens.

De plus en plus insatisfaits de la position du Collège des médecins et chirurgiens, particulièrement en ce qui avait trait au barème des honoraires recommandés, les omnipraticiens ont décidé de se donner un organisme qui défendrait leurs intérêts. Peu après sa fondation en 1963, la FMOQ obtenait une grande victoire lors de la négociation des tarifs pour le programme d'assistance médicale en faisant accepter par le gouvernement, et malgré l'opposition farouche des spécialistes, le principe de la tarification unique, c'est-à-dire qu'un acte est rémunéré au même tarif qu'il soit exécuté par un omnipraticien ou par un spécialiste.

C'est à la suite de cette victoire de la FMOQ et du succès de la grève des médecins radiologistes travaillant dans les hôpitaux en 1962 que les spécialistes ont senti les avantages à se regrouper en

une association qui défendrait leurs intérêts auprès du gouvernement. La FMSQ a alors été formée en 1965.

Ainsi, dès le début des années '60, les médecins ont senti le besoin de se donner de nouvelles structures afin de défendre leurs intérêts. En 1972, la loi des professions institutionnalisait la nécessité de distinguer l'intérêt des médecins et celui du public en créant la Corporation professionnelle des médecins du Québec, dont le but est de défendre les intérêts du public¹.

Ces deux organisations de type syndical, le FMOQ et la FMSQ, ont été reconnues légalement comme les seuls porte-parole des médecins afin de négocier les modalités de leur participation au régime d'assurance-maladie. Dès le départ cependant, la position des deux fédérations était très différente face à l'implantation d'un tel régime. La FMOQ y était très favorable malgré des réserves sur certains aspects de la réforme envisagée. Pour sa part, la FMSQ y était farouchement opposée.

Le statut professionnel et financier des omnipraticiens s'était sérieusement dégradé depuis le début des années '50, suite au développement phénoménal des spécialités médicales. Cette dégradation s'était accentuée avec l'implantation de l'assurance-hospitalisation en 1961 qui accordait la gratuité des services en milieu hospitalier auquel les omnipraticiens avaient de moins en moins accès. Un régime universel d'assurance-maladie accordait donc aux omnipraticiens une clientèle qui ne pouvait se payer leurs services auparavant. De plus, le maintien du niveau de tarification unique que leur assurait le gouvernement leur garantissait un niveau de revenu très intéressant.

Par contre, les spécialistes sont allés jusqu'à faire la grève pour montrer leur opposition à l'implantation du régime. Leurs trois principales revendications étaient: 1) le droit à se retirer du régime (opting-out) tout en permettant aux patients d'être remboursés selon les tarifs du régime² ; 2) un niveau de tarifs plus élevé; 3) le contrôle sur les aspects professionnels. Le gouvernement a cédé uniquement sur le dernier point en accordant le contrôle professionnel aux pairs par l'intermédiaire de la Corporation professionnelle des médecins. Il n'a cependant pas cédé sur les deux premiers points en les imposant par une loi spéciale.

Cette loi venait donc compléter tout le processus d'élaboration des modalités de participation des médecins au régime d'assurance-maladie. Ainsi, depuis 1970, les médecins québécois peuvent choisir un des trois statuts suivants par rapport au régime d'assurance-maladie:

- soumis à une entente: le médecin exerce dans le cadre du régime; il est rémunéré suivant le tarif prévu par l'entente négociée entre le gouvernement et les fédérations de médecins; ses honoraires lui sont versés directement par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), organisme responsable de l'administration du régime.
- désengagé: le médecin exerce sa profession en dehors du régime mais accepte d'être rémunéré suivant le tarif prévu par l'entente et dont les honoraires sont remboursés à ses clients par la RAMQ.

- non-participant: le médecin exerce en dehors du régime; il n'accepte pas d'être rémunéré selon le tarif prévu par une entente; ses clients assument eux-mêmes le paiement des honoraires sans être remboursés par la RAMQ.

Depuis le début du régime, plus de 99% des médecins actifs acceptent de se soumettre à l'entente.

Quant à la rémunération, la grille tarifaire en vigueur dans le cadre de l'assistance médicale a servi de référence à la détermination du niveau et de la structure des tarifs lors de la première négociation en 1970. Ces ententes entre le gouvernement et les fédérations devaient s'appliquer jusqu'au 30 juin 1972. Mais comme la rémunération totale générée par ces tarifs a été de beaucoup supérieure à ce que les deux parties attendaient, suite à une consommation plus grande que prévue de services médicaux, ces tarifs sont alors demeurés en vigueur jusqu'en 1976⁴.

II.1.3 Les négociations avec le gouvernement depuis 1976

En 1976, l'expérience acquise au cours des cinq premières années a permis d'apporter des modifications importantes au régime. Les nouvelles ententes signées par le gouvernement et les deux fédérations de médecins en 1976 modifiaient les tarifs et amenaient de nouvelles règles du jeu. Ainsi, dorénavant la tarification et la nomenclature d'actes seront différentes pour les omnipraticiens et les spécialistes, et même entre les spécialistes. La structure tarifaire fut modifiée suite au désir du gouvernement de hausser le niveau de la rémunération en articulant ces modifications autour de différents objectifs dont, entre autres, d'encourager les soins ambulatoires et

les soins à domicile de même que d'empêcher le glissement vers des actes plus coûteux⁵.

Un autre élément majeur introduit par cette entente est que, depuis 1976, les négociations entre le gouvernement et les fédérations de médecins ne sont plus orientées vers la détermination du tarif de chaque acte médical mais vers la détermination du niveau de la masse monétaire globale que le gouvernement devra verser à l'ensemble des médecins de chaque fédération. Ainsi, le gouvernement peut contrôler la croissance des coûts des services médicaux. Ce n'est qu'après s'être entendu sur cette masse monétaire - et par conséquent sur le revenu moyen des médecins - que les deux parties déterminent le tarif de chaque acte. Depuis 1976, les honoraires ont varié en appliquant un taux de croissance généralement uniforme à tous les tarifs d'une même catégorie d'actes.

Cependant, la structure relative de certains actes, particulièrement les examens, a été modifiée afin d'en encourager ou décourager la production, ce qui a conduit à certaines opérations, de sorte qu'une négociation complète de la structure de la grille tarifaire est en cours.

Le mécanisme le plus efficace par lequel le gouvernement peut s'assurer que la masse globale négociée ne sera pas dépassée est le plafonnement du revenu des médecins. Ce mécanisme est appliqué de façon différente pour les omnipraticiens et les spécialistes. Les omnipraticiens sont assujettis à un plafonnement trimestriel et annuel individuel. Lorsqu'un médecin a atteint un niveau de revenu déterminé pendant un trimestre ou pendant une année, tout acte supplémen-

taire posé n'est rémunéré qu'à 25% de son tarif régulier ⁶ .

Pour leur part, les spécialistes sont soumis à un plafond collectif pour chaque spécialité. Si l'ensemble des médecins d'une même spécialité n'atteint pas le revenu moyen visé selon les tarifs en vigueur, ceux-ci seront augmentés ou réduits selon le cas, lors du trimestre suivant ⁷ .

Le tableau 2.1 présente l'évolution du contenu des ententes monétaires entre le gouvernement et les deux groupes de médecins. Comme nous l'avons déjà dit, les tarifs n'ont pas été modifiés entre 1971 et 1976 ⁸ . Un montant forfaitaire de 3,000\$ par spécialiste et 1,200\$ par omnipraticien a cependant été versé à la signature de l'entente de 1976. Cette nouvelle entente de 1976 fixait les objectifs de revenus moyens et de plafonnement individuel (pour les omnipraticiens) pour chacune des trois prochaines années. Les tarifs en vigueur à l'expiration de cette entente (31 octobre 1979) sont demeurés jusqu'au début du prochain contrat ⁹ qui prévoyait une hausse sélective moyenne des tarifs de 8% autant pour les omnipraticiens que pour les spécialistes. Ce nouveau contrat débutait le 1er septembre 1980 pour les omnipraticiens et le 1er février 1982 pour les omnipraticiens. Dans les deux cas, il se terminait le 31 mai 1981 mais a été prolongé jusqu'au 31 mai 1982. En 1982, les spécialistes ont accepté de prolonger l'entente jusqu'en mai '83 moyennant une majoration des tarifs de 11,4%. Cependant, à défaut d'une entente avec les omnipraticiens, le gouvernement leur a imposé par législation, une prolongation de l'entente avec majoration moyenne des tarifs de 11,3%. Le tableau 2.1.1 présente l'évolution du contenu de ces ententes.

Tableau 2.1

Evolution du contenu monétaire des ententes entre le gouvernement et les médecins, 1976-1983

Période	Revenu moyen annuel brut	Revenu mini- mum ¹	Plafond trimestriel
<u>Omnipraticiens</u>			
01-10-76 au 31-09-77	66,598	6,000 ²	23,000
01-10-77 au 31-09-78	70,742	6,375	24,000
01-10-78 au 31-10-79	74,437	6,700	25,000
01-10-79 au 31-01-81	74,437		25,000
01-02-81 au 31-05-81	80,392		27,000
01-06-82 au 31-05-83	91,647	8,249	30,780
<u>Spécialistes</u>			
<u>- Assurance-maladie</u>			
01-01-77 au 31-05-78	76,693	24,000 ³	
01-06-78 au 31-09-79	81,262	25,000	
01-10-79 au 31-08-80	81,262	-	
01-09-80 au 31-05-81	87,763	31,500	
31-09-82 au 31-05-83	102,332	31,500	
<u>- Assurance-hospitali- sation</u>			
01-01-77 au 31-05-78	55,845	22,500	
01-06-78 au 31-09-79	59,195	24,000	
01-10-79 au 31-08-80	59,195	-	
01-09-80 au 31-05-81	63,931	30,300	
01-09-82 au 31-05-83	74,544	30,300	

* sur une base annuelle

¹ Revenu à partir duquel les médecins sont considérés comme travaillant à plein temps et pouvant entrer dans le calcul du revenu moyen.

² Par trimestre

³ Par année

La portée de cette loi (loi 27) était cependant beaucoup plus vaste et visait à rationaliser davantage l'organisation des services de santé. Un des éléments les plus importants concernant la rémunération des médecins est l'instauration d'un niveau de rémunération différent pour les médecins afin de favoriser une meilleure répartition géographique des médecins. Ainsi, les nouveaux médecins s'installant en région présentant un surplus de médecins sont rémunérés à 70% du tarif, alors que tous les médecins travaillant en région vraiment en pénurie reçoivent 130% du tarif en vigueur.

II.1.4 Caractéristiques de la rémunération des médecins

Depuis la réforme du secteur de la santé et l'implantation du régime d'assurance-maladie, trois éléments peuvent caractériser la rémunération des médecins: a) presque tous les médecins sont payés à l'acte mais de plus en plus de médecins sont attirés par d'autres modes de rémunération; b) tous les médecins sont payés par un seul tiers payant et le niveau de la rémunération tout comme la structure tarifaire sont déterminés par des négociations entre le gouvernement et les deux associations syndicales de médecins; 3) aucun supplément d'honoraires (over-billing) n'est permis.

Le paiement à l'acte demeure encore le mode de rémunération de la presque totalité des médecins (voir section II.2). De plus en plus de médecins sont cependant payés, pour l'ensemble ou une partie de leur pratique, à salaire ou à vacation¹⁰. Ce choix correspond à un désir d'exercer un type de pratique où les critères de rentabilité économique ne déterminent pas la pratique professionnelle. Le mode de rémunération sous lequel les médecins sont payés fait partie des négociations périodiques entre le gouvernement et les associations de médecins.

Bien qu'on ne remette pas en cause le paiement à l'acte pour les activités en cabinet privé et le salariat en CLSC, certaines activités sont maintenant rémunérées à vacation (pratique en centre d'accueil pour personnes âgées, en santé communautaire et en santé du travail, de même que certaines activités des psychiatres et certaines activités administratives en milieu hospitalier). De plus, des pourparlers ont été entrepris, suite à une proposition gouvernementale, pour que les médecins de laboratoire et de radiologie pratiquant en milieu hospitalier deviennent salariés.

Comme nous l'avons vu précédemment, tous les médecins sont remboursés pour toutes leurs activités par un seul tiers-payant ¹¹. Le mécanisme de négociations entre le gouvernement et les associations syndicales de médecins détermine non seulement la tarification de chaque acte mais aussi limite le niveau du revenu du médecin. En effet, les omnipraticiens sont soumis à des plafonds individuels au-dessus duquel ils ne sont remboursés qu'à 25% de la valeur des actes. Les médecins spécialistes ont des objectifs de revenu par trimestre pour chaque spécialité et les tarifs sont ajustés à la hausse ou à la baisse lors du trimestre suivant si l'une des spécialités n'a pas atteint ou a dépassé son objectif.

D'autre part, les médecins ne peuvent charger un supplément d'honoraires à leurs patients s'ils veulent participer au régime. Dans les autres provinces canadiennes, les médecins peuvent réclamer un supplément d'honoraires aux patients et le régime rembourse le montant prévu au barème d'honoraires, soit aux médecins, soit aux patients selon la province ¹². Au Québec, une telle pratique est impossible puisqu'un médecin exigeant des honoraires supérieurs à ceux du barème

doit se désengager du régime et les honoraires réclamés sont entièrement payés par le patient. Par conséquent, il est, en pratique, presque impossible aux médecins de ne pas participer au régime s'ils veulent s'assurer un revenu suffisant. Et c'est la raison pour laquelle plus de 99% des médecins y participent.

Curieusement, et contrairement à ce qu'on retrouve dans presque toutes les autres provinces canadiennes, la possibilité de charger un supplément d'honoraires et de se désengager du régime ne font pas partie des revendications des médecins. Une des principales raisons est sans doute qu'il existe un très fort consensus au sein de la société québécoise sur la nécessité d'abolir toute barrière financière à tous les services médicaux et sur la nécessité de ne pas développer deux types de médecine, une pour riches et une pour pauvres. Plutôt que d'affronter ce consensus, que d'ailleurs le corps médical dans son ensemble a aussi endossé, les médecins portent leurs revendications sur un autre terrain, à savoir la négociation d'un niveau de revenu satisfaisant pour l'ensemble des médecins.

II.2 Type de pratique des médecins

La présence de plus en plus importante de l'Etat dans le domaine des services de santé qui s'est développé depuis les années '60 n'a pas enlevé le caractère privé de la pratique médicale. Même si l'Etat exerce un rôle de planificateur et de tiers-payant universel, la presque totalité des médecins sont des entrepreneurs indépendants rémunérés à l'acte. Ainsi, seulement 7% des omnipraticiens et 1% des spécialistes travaillent à plein temps ou à temps partiel dans les CLSC et sont rémunérés à salaire (tableau 2,2) ce qui représente environ 6% des sommes payées par la RAMQ. Par ailleurs, 85% des omnipraticiens et 64% des spécialistes exercent en cabinet et respec-

Tableau 2.2

Répartition du nombre moyen d'heures consacrées par semaine aux activités professionnelles et pourcentage des médecins exerçant ces activités.

Activités professionnelles	Omnipraticiens		Spécialistes		Ensemble des médecins	
	Nombre d'heures	% des médecins	Nombre d'heures	% des médecins	Nombre d'heures	% des médecins
<u>SOINS AUX MALADES</u>	43,5		41,8		42,5	
- Hospitalisés	6,1	57	19,5	86	13,2	72
- Non hospitalisés						
. en établissement (incluant les CLSC)	9,4		10,7		10,0	
. en cabinet privé	1,3	7	0,03	1	0,6	4
	28,0	85	11,6	64	19,3	74
<u>AUTRES ACTIVITES</u>	7,0		10,5		8,8	
- Enseignement et recherche	2,0	31	5,2	64	3,7	49
- Administration	2,3	61	3,9	74	3,1	68
- Autres (incluant la santé communautaire et la santé du travail)	2,7		1,4		2,0	
	2,0	23	0,7	10	1,3	16
<u>ENSEMBLES DES ACTIVITES PROFESSIONNELLES</u>	50,3*		52,3*		51,3	

Source: Contandriopoulos, A.P., Pineault, R., Fournier, M.A. Opinion des médecins québécois sur la pratique en région éloignée et sur le mode de rémunération. Equipe de recherche interdisciplinaire en santé, Montréal, Faculté de médecine, Université de Montréal, juillet 1982, pp. 94-95.

* La somme n'égale pas le total à cause de l'arrondissement à une décimale.

tivement 57% et 86% d'entre eux travaillent auprès des malades hospitalisés, activités pour lesquelles ils sont rémunérés à l'acte. Il faut souligner aussi que les médecins ne sont pas attachés à un seul hôpital mais peuvent avoir des privilèges dans plusieurs hôpitaux. La loi oblige même les hôpitaux à accepter tout médecin qui en fait la demande. Le temps consacré aux activités professionnelles est de 50,3 heures par semaine pour les omnipraticiens et de 52,3 heures pour les spécialistes. L'ensemble des omnipraticiens consacre en moyenne plus de 86% de leur temps aux soins des malades (43,5 heures) et plus de la moitié en cabinet privé (28,0 heures). Les spécialistes accordent 80% aux soins des malades (41,8 heures) mais moins de 40% aux soins des malades hospitalisés (19,5 heures), un peu plus de 20% aux malades en cabinet privé alors que 10% de leur temps (5,2 heures) est voué à l'enseignement et la recherche.

D'autre part, le fait que les médecins québécois sont remboursés par un tiers-payant unique pour toutes leurs activités auprès des patients permet de connaître leur profil de pratique. On constate au tableau 2,3 comment les activités des médecins auprès des patients sont concentrées autour d'un petit nombre d'actes. Ainsi, pour l'ensemble des omnipraticiens, 67.8% de leur revenu provient de seulement cinq actes, 84.4% de 15 actes et 89,9% de 25 actes. Pour 17 spécialités sur 28, plus de 50% du revenu provient de cinq actes. Chez les omnipraticiens, ces cinq actes les plus importants sont les examens; chez les spécialistes, ce sont les examens et les consultations.

La pratique de groupe

Même si la pratique de la médecine est basée sur le respect

Tableau 2.3

Pourcentage du revenu total de la spécialité provenant des 5, 15 ou 25 actes les plus importants

Spécialité	5 actes	15 actes	25 actes
Omnipraticiens	67.84 %	84.36 %	89.91 %
Ensemble des spécialistes	27.79	44.98	53.02
<u>Spécialités médicales</u>	43.96	65.05	73.18
Allergie	70.81	96.51	-
Anesthésie-réanimation	16.14	30.65	38.62
Cardiologie	59.01	89.54	96.31
Dermato-syphiligraphie	71.37	91.35	96.02
Endocrinologie	68.57	96.62	-
Gastro-entérologie	60.18	86.90	94.28
Hématologie	67.75	94.17	-
Hygiène publique	-	-	-
Médecine interne	57.42	84.76	92.04
Néphrologie	67.63	91.71	-
Neurologie-électroencéphalo- graphie	69.98	95.08	
Pédiatrie	73.78	96.54	98.43
Physiatrie	67.02	95.08	-
Pneumologie	43.90	79.02	89.97
Psychiatrie	90.73	98.88	-
Rhumatologie	65.91	92.44	-
<u>Spécialités chirurgicales</u>	28.79	48.25	55.87
Chirurgie générale	28.02	47.33	56.27
Chirurgie orthopédique	32.76	49.68	57.95
Chirurgie plastique	27.88	50.16	60.09
Chirurgie cardio-vasculaire - chirurgie thoracique	36.75	59.47	68.85
Gynécologie-obstétrique-gyné- cologie-obstétrique	57.61	81.49	87.74
Neurochirurgie	40.00	67.08	77.79
Ophtalmologie	71.06	87.21	92.09
Oto-rhino-laryngologie	44.62	73.87	82.25
Urologie	47.04	69.06	77.90
<u>Spécialités de laboratoire</u>	45.19	70.49	80.69
<u>Radiologie</u>	52.52	80.92	88.22
Radiologie diagnostique	53.07	81.90	89.39
Radiologie thérapeutique	46.35	75.82	-

Note: - Non estimé.

Source:

Régie de l'assurance-maladie du Québec, Projet d'indicateurs trimestriels, Document de travail.

Service de la Recherche et des Statistiques, avril 1979, pp. 51-52.

de la liberté d'entrepreneur des médecins, la pratique de groupe dans de grosses polycliniques n'est pas aussi répandue qu'aux Etats-Unis. Ce n'est qu'au début des années '70 que le phénomène a pris de l'importance pour se développer à un rythme plutôt lent par la suite.

Environ 50% des omnipraticiens et un peu plus de 40% des spécialistes exercent en groupe ¹³. La définition de pratique de groupe est cependant très large. Les polycliniques offrant des services médicaux complets autant de première ligne, d'urgence que spécialisés, de même que les services de laboratoires et de radiologie ne sont pas très répandues, même en milieu urbain. La pratique de groupe se résume la plupart du temps au partage de services de secrétariat et de téléphonistes.

Plusieurs raisons peuvent expliquer le développement plutôt lent de la pratique de groupe au Québec. Les hôpitaux offrent beaucoup plus de services ambulatoires, autant urgents que non urgents, que semblent le faire les hôpitaux canadiens et américains. La population y est davantage habituée à se rendre à l'hôpital lorsqu'un problème de santé se présente. Un grand nombre de médecins peuvent faire des consultations à la clinique externe de ces hôpitaux. C'est le cas pour 66% des spécialistes et 30% des omnipraticiens ¹⁴. Ces médecins ont accès aux services techniques et professionnels des hôpitaux (laboratoire, radiologie, infirmière, etc). De plus, les services de radiologie et de laboratoire en cliniques externes, peuvent être utilisés par tous les patients et les coûts de ces services sont payés par la RAMQ alors qu'ils sont aux frais des patients en clinique privée.

D'autre part, les dépenses d'exploitation d'un bureau privé sembleraient, comme nous le verrons plus loin, moins élevées au Québec

qu'aux Etats-Unis, attribuable, en partie, au fait de n'avoir qu'un seul payeur.

Par ailleurs, le climat social du Québec ne favorise pas le développement d'une médecine de type "industriel". L'orientation qu'a pris le système de santé allié aux facilités organisationnelles tel que l'accès aux services hospitaliers et la présence d'un seul tiers-payeur de même qu'à une concurrence limitée, a fait en sorte que les médecins, dans l'ensemble, ont été portés à développer davantage leur rôle professionnel et social que leur rôle d'entrepreneur comparativement à leurs confrères américains.

II.3 Les effectifs médicaux

L'implantation d'un régime universel d'assurance-maladie sans droit à un supplément d'honoraires n'a pas entraîné, contrairement à ce que certains craignaient, une sortie massive des médecins et une baisse des effectifs médicaux. Au contraire, alors que le nombre des médecins a plus que doublé au Québec entre 1960 et 1980, passant de 4,033 à 10,841 (tableau 2.4), la hausse a été beaucoup plus importante entre 1970 et 1980 qu'entre 1960 et 1970: le taux moyen d'accroissement annuel est passé de 3,0% à 4,8%. La comparaison des taux d'accroissement de 1970-1975 et 1975-80, laisse voir cependant un ralentissement du rythme de croissance (5,5% contre 4,1%). Au cours des années 60, l'augmentation des effectifs était surtout attribuable aux spécialistes alors que pendant les années '70 les omnipraticiens en sont surtout responsables. Le rythme de croissance du nombre de spécialistes était trois fois plus élevé que celui des omnipraticiens pendant la période 1960-70 (4,4% contre 1,5%) alors qu'on retrouve la situation inverse entre 1975 et 1980 (6,3% pour les omnipraticiens et 2,3% pour les

Tableau 2.4

Evolution du nombre de médecins omnipraticiens et spécialistes au Québec.
1955-1980

Année	Omnipraticiens	Spécialistes	Ensemble des médecins	Taux annuel de croissance en %*			
				omnipraticiens	spécialistes	Ensemble	
				Quinquennal	Annuel	Quinquennal	Annuel
1955	2043	1990	4033				
1960	2470	2583	5053	20,9	3,9	29,8	5,4
1965	2708	3316	6024	9,6	1,9	28,4	5,1
1970	2856	3964	6820	5,5	1,1	19,5	3,6
1975	3830	5061	8891	34,1	6,0	27,7	5,1
1980	5188	5653	10841	35,5	6,3	11,7	2,2

* Taux annuel composé.

Sources: Bozzini, L., Contandriopoulos, A.P. "La pratique médicale au Québec: mythes et réalités". Sociologie et sociétés, avril 1977, p. 40.

Contandriopoulos, A.P., Lance, J.M., Nguyen, T.T. Les effectifs médicaux au Québec. Situation de 1978 à 1980 et projection pour 1984. Corporation professionnelle des médecins du Québec. Montréal 1982, p. 46.

spécialistes).

L'augmentation appréciable du nombre de médecins, particulièrement au cours des années 70, liée à une croissance très faible de la population a amené une amélioration du ratio population/médecin. Entre 1972 et 1980, celui-ci est passé de 795 à 529, soit une baisse de 5,0% (tableau 2.5). Celui des omnipraticiens est passé de 1832 à 1226 et celui des spécialistes de 1405 à 1126.

Cette différence dans l'évolution des taux de croissance entre les spécialistes et les omnipraticiens a amené un changement dans la répartition omnipraticiens-spécialistes (tableau 2.6). Ainsi, les omnipraticiens qui représentaient 50,6% du corps médical en 1955, ont vu leur importance diminuer au cours des années 50 et 60 pour atteindre 41,9% en 1970. Par la suite, les diverses politiques gouvernementales visant à valoriser l'omnipraticie a fait en sorte que leur importance relative s'est accrue jusqu'à 47,9% des médecins en 1980. Le tableau 2,7 montre l'importance des omnipraticiens dans le secteur des soins de première ligne. Ils sont en effet 7.7 plus nombreux que les médecins spécialisés en médecine interne et pédiatrie (6188 contre 675). Ces derniers ne représentent d'ailleurs que 11,9% des médecins spécialistes.

La volonté du gouvernement d'augmenter la proportion du nombre d'omnipraticiens dans la composition du corps médical se manifeste, entre autres, par un certain contingentement du nombre de résidents admis qui a amené un vieillissement du groupe des spécialistes. Ainsi, le nombre de spécialistes âgés de moins de 45 ans ne représentait plus que 46,6% de l'ensemble des spécialistes en 1980 comparativement à 53,1% en 1972 (tableau 2,8). Par contre, chez les omnipraticiens, le même groupe d'âge a progressé, passant de 59,3% en 1972 à 67,2% en 1980.

Tableau 2.5

Nombre de médecins actifs et ratio population/médecin. Québec, 1972-1976-1980

Effectifs médicaux	1972	1976	1980	Taux annuel de croissance en		
				1972-1976	1976-1980	1972-
Omnipraticiens	3328	4174	5188	5,8	5,6	5,7
Spécialistes	4338	5278	5653	5,0	1,7	3,4
Total	7666	9452	10841	5,4	3,5	4,4
Résidents	1006	1173	1181	3,9	0,2	2,0
Total (incluant les résidents)	8672	10625	12022	5,2	3,1	4,2
POPULATION DU QUEBEC	6 098 228	6 234 500	6 362 683	0,6	0,5	0,5
<u>RATIO</u>						
Population/omnipraticien	1832	1494	1226	- 5,0	- 4,8	- 4,9
Population/spécialiste	1405	1181	1126	- 4,3	- 1,2	- 2,7
Population/omnipraticien & spécialiste	795	660	529	- 4,6	- 5,4	- 5,0

* Taux annuel composé

Sources: Contandriopoulos, A.P. et al. op. cit. p. 46.

Tableau 2.6

Evolution de la répartition en pourcentage des médecins
omnipraticiens et spécialistes, Québec 1955-1980

Année	Omnipraticiens	Spécialistes	Total
1955	50,6	49,4	100
1960	48,9	51,1	100
1965	44,9	55,1	100
1970	41,9	58,1	100
1975	43,1	56,9	100
1980	47,9	52,1	100

Source: Tableau 2.3

Nombre de médecins par spécialité et ratio population/médecin, Québec 1980

Spécialité	Effectifs	Ratio pop/med
Médecine générale	5188	1226
1 Allergie	33	192 809
2 Anatomo-pathologie	190	33 488
3 Anesthésie-réanimation	431	14 763
4 Microbiologie médicale	81	78 562
5 Biochimie médicale	29	219 403
6 Cardiologie	236	26 961
7 Chirurgie générale	599	10 622
8 Chirurgie orthopédique	253	25 149
9 Chirurgie plastique	81	78 552
10 Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique	57	111 626
11 Dermatologie	112	56 810
12 Gastro-entérologie	110	57 843
13 Obstétrique-gynécologie	386	16 484
14 Hématologie	123	51 729
15 Hygiène et santé publique	74	85 983
16 Pneumologie	129	49 323
17 Médecine interne	302	20 999
18 Physiatrie	54	117 827
19 Neurochirurgie	52	122 359
20 Neurologie	117	54 382
21 Ophtalmologie	200	31 813
22 Oto-rhino-laryngologie	195	32 629
23 Pédiatrie	373	17 058
24 Psychiatrie	663	9 597
25 Radiologie diagnostique	328	19 398
26 Radiothérapie	76	83 720
27 Urologie	125	50 901
28 Médecine nucléaire	33	192 809
29 Néphrologie	70	90 895
30 Endocrinologie	101	62 997
31 Rhumathologie	44	144 606
Sous-total spécialistes	5653	1126
Résidents	1181	5388
Total	12022	529

Sources: Contandriopoulos, A.P. et al. Tableau XXXVI (corrigé).

Tableau 2.8

Répartition des médecins pratiquant au Québec selon le statut (omnipraticiens, spécialistes) et l'âge. 1972, 1976, 1980

							Taux annuel de croissance en %			
	1972		1976		1980		1972-76		1976-80	
	n	%	n	%	n	%				
<u>OMNIPRATICIENS</u>										
- 30 ans	695	20,9	1128	27,0	1465	28,2	15,6		7,5	
- 31-45 ans	1279	38,4	1515	36,3	2024	39,0	4,6		8,4	
- 46-60 ans	865	26,0	1032	24,7	1132	21,8	4,8		2,4	
- 61-75 ans	415	12,5	418	10,0	485	9,3	0,2		4,0	
- 76 et plus	74	2,2	81	1,9	82	1,6	2,4		0,3	
Total	3328	100	4174	100	5188	100	6,4		6,1	
<u>SPECIALISTES</u>										
- 30 ans	63	1,5	123	2,3	117	2,1	23,8	95,2	- 1,0	- 3
- 31-45 ans	2239	51,6	2618	49,6	2515	44,5	4,2	16,9	- 1,2	- 4
- 46-60 ans	1480	34,1	1841	34,9	2184	38,6	6,1	24,4	4,7	18
- 61-75 ans	502	11,6	603	11,4	705	11,9	5,0	20,1	4,2	16
- 75 et plus	54	1,2	93	1,8	132	2,2	18,1	72,2	10,5	41
Total	4338	100	5278	100	5653	100	5,4	21,7	1,8	7

Sources: Contandriopoulos, A.P. et al. op. cit., p. 54.

Sexe

La croissance des effectifs médicaux au cours des années '70 a été accompagnée d'un changement significatif de la composition par sexe du corps médical (tableau 2.9). La proportion de médecins de sexe féminin a plus que doublé entre 1972 et 1980, passant de 6,6% à 14,0%. La hausse de proportion des femmes a été beaucoup plus forte chez les omnipraticiens (de 7,1% à 17,2%) que chez les spécialistes (de 5,1% à 8,2%). Les femmes vont cependant exercer des gains plus importants à l'avenir chez les spécialistes si on regarde l'amélioration de leur situation parmi les résidents: elles passent de 11,4% en 1972 à 27,6% en 1980 ¹⁵.

Distribution géographique

L'arrivée d'un nombre assez considérable de nouveaux médecins au cours des dernières années n'a cependant pas solutionné les problèmes de répartition géographique de médecins. La grande majorité des nouveaux médecins continuent de s'installer dans les grands centres urbains en dépit du fait que le ratio population/médecin y soit très élevé comparativement aux autres régions du Québec. On assiste toutefois à une légère amélioration de la situation.

En 1972, le ratio population/médecin était de 795 pour l'ensemble du Québec, mais il était 3,2 fois plus élevé dans la région la plus dépourvue que dans la région comprenant les trois villes dotées d'une faculté de médecine (1889 contre 583) (tableau 2.10). En 1980, il n'était que de 2,5 (1065 contre 432) plus élevé. L'écart est évidemment beaucoup plus grand pour les spécialistes que pour les omnipraticiens et il y avait toujours environ cinq fois plus de spécialistes par habitant dans les grands centres en 1980 (3537 contre 740).

Tableau 2.9

Evolution de la répartition des médecins selon le sexe. 1972-1980

	1972		1976		1980		Taux annuel de croissance en %		
	n	%	n	%	n	%	1972-76	1976-80	1972-80
<u>OMNIPRATICIENS</u>									
- hommes	3091	92,9	3697	88,6	4294	82,8	4,6	3,8	4,2
- femmes	237	7,1	477	11,4	894	17,2	19,1	17,0	18,1
- Total	3328	100	4174	100	5188	100	5,8	5,6	5,7
<u>SPECIALISTES</u>									
- hommes	4118	94,9	4943	93,7	5188	91,8	4,7	1,2	2,9
- femmes	220	5,1	335	6,3	465	8,2	11,1	8,5	9,8
- Total	4338	100	5278	100	5653	100	5,0	1,7	3,4
<u>RESIDENTS</u>									
- hommes	891	88,6	928	79,1	855	72,4	1,0	2,0	- 0,5
- femmes	115	11,4	245	20,9	326	27,6	20,8	7,4	13,9
- Total	1006	100	1173	100	1181	100	3,9	0,2	2,0
<u>ENSEMBLE</u>									
- hommes	8100	93,4	9568	90,1	10337	86,0	4,3	2,0	3,1
- femmes	572	6,6	1057	9,9	1685	14,0	16,6	12,4	14,5
- Total	8672	100	10625	100	12022	100	5,2	3,1	4,2

Source: Contandriopoulos, A.P. et al. p. 48

Tableau 2.10

Ratio population/médecin selon les grandes régions

	POPULATION en 1980	Ratio population/médecin						Ensemble des médecins				Taux annuel de croissance en % 1976-80
		Omnipraticiens			Spécialistes			1972	1976	1980		
		1972	1976	1980	1972	1976	1980					
on 1	3 293 744	1516	1255	1043	948	788	740	583	484	432	- 4,5	- 2,8
on 2	1 838 122	2358	1880	1505	3481	2845	2731	1405	1132	970	- 5,3	- 3,8
on 3	714 378	2235	1911	1523	2263	2098	1865	1124	1000	838	- 2,9	- 4,3
on 4	516 439	3007	1998	1553	5060	4029	3537	1889	1336	1065	- 8,3	- 5,5
ensemble	6 362 683	1832	1494	1226	1405	1181	1126	795	660	587	- 4,6	- 2,9

ion 1: Québec, Montréal-Iles, Estrie
 2: Laurentides-Lanaudière, Montérégie, Outaouais
 3: Saguenay-Lac-St-Jean, Trois-Rivières
 4: Gaspésie, Nord-Ouest, Côte-Nord, Nouveau-Québec

Source: Contandriopoulos, A.P. et al. op. cit., pp. 46, 52, 53.

L'écart est plus faible pour les omnipraticiens et il s'est rétréci entre 1972 et 1980: le ratio était 2,0 fois plus petit dans les grands centres en 1972 (1516 contre 3007) et 1,5 fois en 1980 (1043 contre 1523).

Ce rattrapage de la région la plus défavorisée par rapport à la région la mieux pourvue ne s'est cependant pas produit dans les autres régions, même celle en périphérie des centres universitaires¹⁶. Le rythme de la baisse du ratio population/médecin est sensiblement le même que dans les grands centres, de sorte que le ratio population/omnipraticien y est sensiblement le même que dans les régions les plus dépourvues (environ 1500) et celui population/spécialiste n'y est que légèrement inférieur.

II.4 Revenu des médecins

Revenu professionnel net

L'implantation d'un régime universel d'assurance-maladie a entraîné une hausse considérable du revenu des médecins lors de la première année du régime (tableau 2,11, graphique II.1). Cette hausse s'est stabilisée par la suite. Entre 1970 et 1971, le revenu professionnel net des omnipraticiens et des spécialistes gagnat plus de 20,000\$ est passé respectivement de 29,471\$ à 41,708\$ et de 36,354\$ à 49,461\$ soit une hausse de 41,5% et 36,1%. Cette augmentation importante a fait en sorte que les tarifs ont été maintenus jusqu'en 1976. Néanmoins, le revenu net s'est accru de 2,0% par année entre 1971 et 1976 autant chez les omnipraticiens que chez les spécialistes. La hausse a été respectivement de 3,7% et 5,9% entre 1976 et 1979. Au total, depuis le début du régime d'assurance-maladie, le revenu professionnel net a augmenté de 6,4% et 6,7% par année.

Tableau 2.11

REVENUS ET DEPENSES DES MEDECINS * DU QUEBEC 1970-1979

<u>Médecins omnipraticiens</u>				<u>Médecins spécialistes</u>		
<u>Année</u>	<u>Revenu brut</u>	<u>Dépenses</u>	<u>Revenu net</u>	<u>Revenu brut</u>	<u>Dépenses</u>	<u>Revenu net</u>
1970	43837	14366	29471	48884	12530	36354
1971	56611	14903	41708	62823	13362	49461
1972	59508	16519	42989	65138	14889	50249
1973	60628	16635	43993	67774	14655	53119
1974	64299	19470	44829	70211	16455	53756
1975	65990	19674	46316	73851	19124	54727
1976	65730	19621	46109	74856	20205	54651
1977	69599	21464	48135	81790	22374	59416
1978	72385	22161	50224	86204	23176	63028
1979	73837	22449	51388	89526	24586	64940

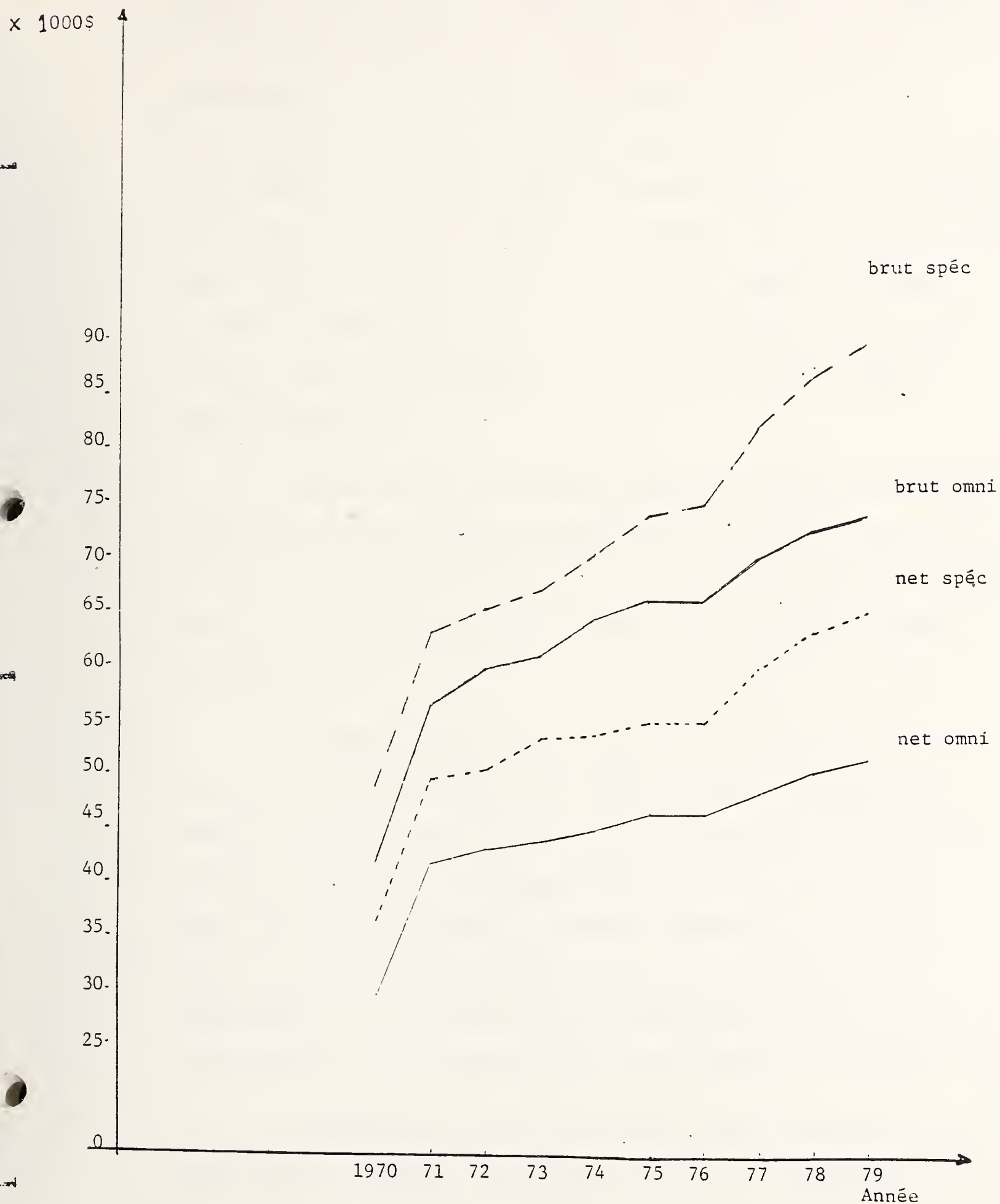
Taux d'accroissement annuel composé:

1970-71	41,5	36,1
1971-72	3,1	1,6
1970-75	9,5	8,5
1971-76	2,0	2,0
1976-79	3,7	5,9
1970-79	6,4	6,7

* Médecins dont le revenu net est supérieur à 20,000\$

Source: Ministère de la Santé et du Bien-être social, Canada

Revenu professionnel brut et net des médecins omnipraticiens et spécialistes dont le revenu annuel est supérieur à 20,000\$. Québec 1970-1979



La comparaison de l'évolution, pendant la même période, (1970-1979), du revenu net provenant de toutes sources de l'ensemble des médecins, de celui d'autres professions et de la rémunération moyenne de l'ensemble des travailleurs de même que celle l'indice des prix à la consommation, (tableaux 2.12 et 2.13, graphique II.2), montre que le revenu des médecins a cru à un rythme annuel de 8,6%, ce qui était légèrement supérieur à celui des autres professionnels (8,4%) mais inférieur à celui de la rémunération moyenne de l'ensemble des travailleurs (9,8%). Mais comme l'indice des prix à la consommation a augmenté en moyenne de 7,8% par année, les médecins et les autres professionnels ont donc vu leur pouvoir d'achat diminuer d'un peu plus de 0,1% par année au cours des années 70.

Malgré tout, la situation des médecins québécois est comparable à celle de leur collègues américains qui ont vu eux aussi leur pouvoir d'achat baissé de 0,1%, alors que leur revenu professionnel net s'est accru à un taux annuel de 7,1% entre 1970 et 1979 (de 41,800\$ à 80,800\$)¹⁷.

En dépit du fait que les médecins n'ont pas accru leur revenu réel au cours des années 70, ils sont quand même majoritairement satisfaits de leur niveau de revenu. Lors d'une enquête téléphonique réalisée en 1981 auprès de l'ensemble des médecins, 54% des omnipraticiens et 57% des spécialistes se disaient satisfaits de leur niveau de revenu actuel et seulement 14% des deux groupes se disaient tout à fait insatisfaits¹⁸. Le niveau de satisfaction était encore plus élevé un an plus tard où il atteignait 64,9% pour l'ensemble des médecins¹⁹.

Le tableau 2.11 montrait le revenu brut, les dépenses et le revenu net des médecins. Les dépenses d'exercice y représentent envi-

Tableau 2.12

COMPARAISON DU REVENU NET PROVENANT DE TOUTES SOURCES PAR PROFESSION AU QUEBEC* 1970-1971

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
Médecins	28 444\$	42 064\$	43 868\$	45 818\$	50 225\$	49 646\$	52 057\$	55 191\$	57 502\$	59
Avocats et notaires	23 510\$	25 545\$	27 567\$	31 161\$	37 607\$	38 292\$	40 795\$	41 284\$	43 187\$	45
Dentistes	17 572\$	20 305\$	22 938\$	26 435\$	31 010\$	33 799\$	37 981\$	39 466\$	44 738\$	53
Comptables	19 879\$	18 835\$	21 126\$	26 711\$	31 486\$	33 747\$	34 735\$	38 128\$	40 663\$	39
Ingénieurs et architectes	25 827\$	26 338\$	34 302\$	46 167\$	40 478\$	48 757\$	50 783\$	43 301\$	40 490\$	44
Professionnels (sauf médecins)	21 790\$	23 186\$	25 945\$	31 492\$	35 364\$	37 763\$	40 003\$	40 538\$	42 526\$	45

* Elles comprennent le revenu net provenant de toutes sources (incluant les honoraires professionnels, les revenus d'entreprise, les salaires, les revenus d'investissements ou toute autre rémunération) pour l'ensemble des professionnels autonomes qui ont un revenu imposable.

Source: Ministère de la Santé et du Bien-être social, Canada.

Tableau 2.13

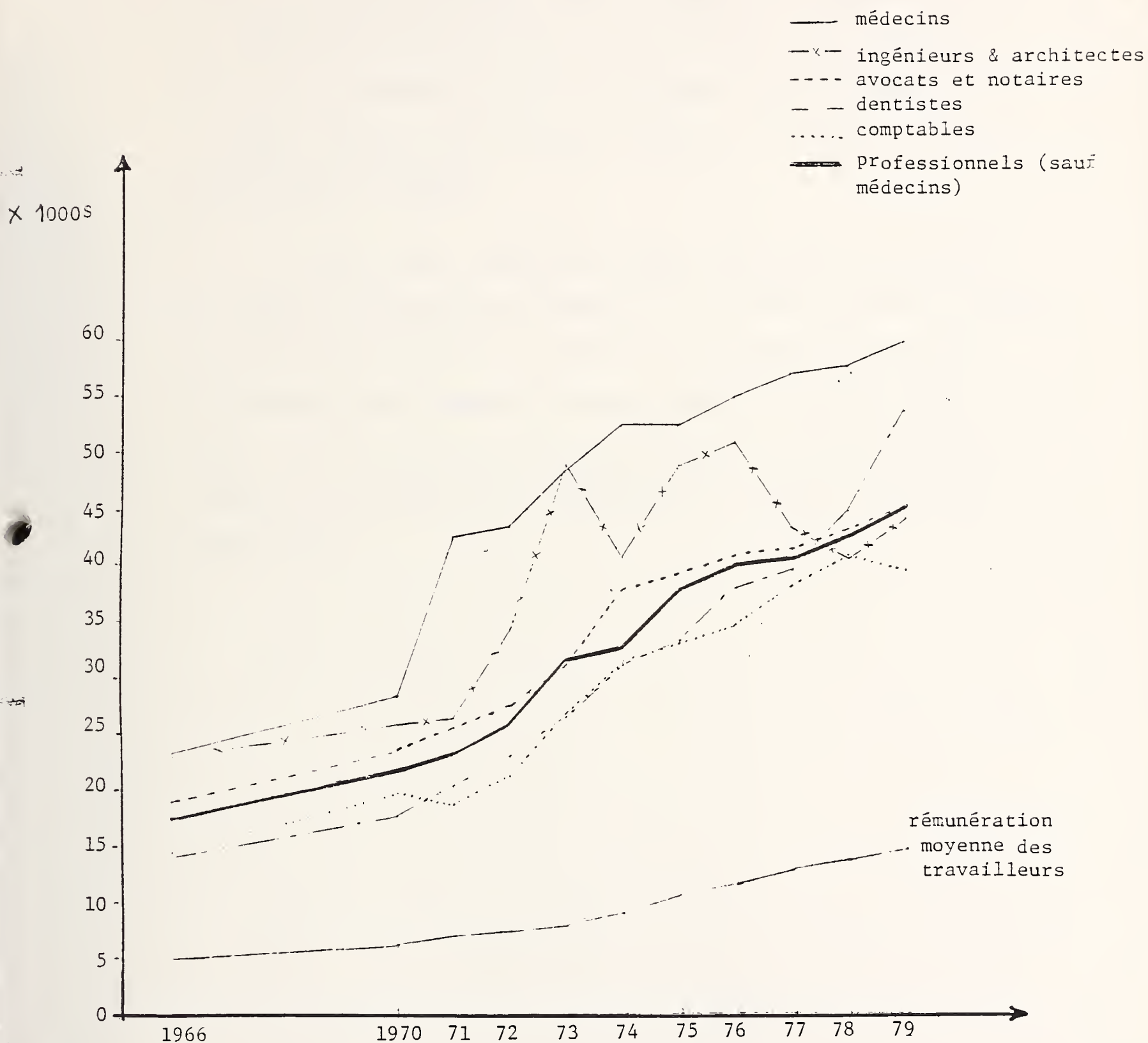
Comparaison du taux moyen d'accroissement annuel de la rémunération nette (avant impôt) provenant de toutes sources des médecins et d'autres professionnels, de la rémunération de l'ensemble des travailleurs et de l'indice des prix à la consommation. Québec, 1970-1979.

	70-71	71-72	70-75	75-79	70-79
Médecins	47,9	4,3	11,8	4,7	8,6
Avocats, notaires	8,7	7,8	10,3	4,2	7,6
Dentistes	15,6	13,0	14,0	4,6	13,2
Comptables	- 5,3	12,2			7,9
Ingénieurs & architectes	2,0	30,2			6,1
Tous les professionnels (sauf les médecins)	6,4	11,9			8,4
Rémunération moyenne des travailleurs	7,9	8,2	10,2	9,3	9,8
Indice des prix à la consommation	2,9	4,8	7,3	8,4	7,8

Sources: - Données fournies par le MAS
 - Stat. Can., Emploi, gains et durée de travail
 diverses années

Cat. 72-002

Evolution du revenu net, provenant de toutes sources selon la profession. Québec, 1970-1979 (en dollars courants)



Sources: MAS d'après les données fournies par Santé et Bien-être social Canada provenant des données fiscales de Revenu Canada.

Note: Revenu provenant de toutes sources pour l'ensemble des professionnels autonomes qui ont un revenu imposable.

ron 30% du revenu brut des omnipraticiens alors que pour les spécialistes, la part des dépenses a légèrement augmentée, passant de 25,9% à 27,5%. Il faut noter cependant que ces dépenses ne représentent pas les frais d'exercices d'un cabinet privé puisque plusieurs médecins, surtout les spécialistes, exercent uniquement ou partiellement en établissement (hôpitaux, CLSC, centre d'accueil, etc.) où ils n'ont pas à payer de frais d'exercice.

D'autre part, d'après une enquête réalisée par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec⁽²⁰⁾, les frais d'exercice représenteraient 36,8% de revenu brut (29,249\$ sur 79,512\$) pour l'ensemble des omnipraticiens rémunérés à l'acte et gagnant plus de 28,408\$ par année. Pour les médecins pratiquant en groupe, ces frais représenteraient 35,5% du revenu brut comparativement à 38,4% pour ceux pratiquant en solo.

Notes et références de la section II

- (¹) Toutes les professions sont d'ailleurs obligées d'avoir un tel organisme qui voit, entre autres, à émettre les permis de pratique.
- (²) Les omnipraticiens n'étaient pas d'accord avec la position des spécialistes sur le droit à l'opting-out. Comme le déclarait le président de la FMOQ en 1970, les omnipraticiens préféraient un tarif juste et équitable obtenu par la négociation à l'utilisation d'honoraires supplémentaires auprès des patients plus fortunés. La FMOQ, dit-il, était plus intéressée à la très grande majorité des médecins qui participeraient au régime qu'à la faible minorité qui veut se désengager (La Presse, 3 septembre 1970, cité par Taylor, R. Health Insurance and Canadian Public Policy, McGill-Queen's University Press, 1978, p. 455.
- (³) Selon un sondage effectué en décembre 1982, 53,3% des omnipraticiens et 41,8% des spécialistes déclarent pratiquer en groupe: L'Actualité médicale, 9 février 1983, p. 2.
- (⁴) Les tarifs de quelques actes avaient cependant été modifiés entre 1970 et 1976, après entente entre les deux parties, afin de freiner la production de certains actes qui étaient manifestement abusive.
- (⁵) Des mesures dépassant le cadre de la rémunération à l'acte ont également été incluses dans cette entente, par exemple: la rémunération et les conditions de pratique des médecins à salaire et à vacation; des mesures favorisant l'installation de médecins en régions éloignées.

- (6) Ce plafond est supérieur d'environ 33% du revenu moyen annuel brut. Une faible minorité (moins de 10%) seulement des omnipraticiens sont affectés par l'existence d'un tel plafond. En 1979, 5,6% des omnipraticiens ont dépassé le plafond annuel de 100,000\$ (Régie de l'assurance-maladie du Québec, statistiques annuelles 1979, p. 115.
- (7) Le revenu moyen n'est calculé qu'en ne tenant compte que des médecins considérés comme travaillant à plein temps, c'est-à-dire ceux gagnant au moins environ 40% du revenu moyen de l'ensemble des spécialistes.
- (8) De 1971 à 1973, le gouvernement n'a pas voulu hausser les tarifs, car les revenus des médecins étaient supérieurs à ceux anticipés alors qu'en 1974, la loi fédérale anti-inflation empêchait toute hausse de tarif.
- (9) Un montant forfaitaire leur a été accordé afin de compenser l'absence de hausse de tarif.
- (10) Sous le mode de la vacation, les médecins sont payés pour une période de temps (généralement trois heures) indépendamment des actes qu'ils posent.
- (11) Quelques actes ne sont pas remboursés par la FMOQ comme par exemple la chirurgie esthétique jugée non essentielle à la santé physique et mentale de l'individu.
- (12) En fait, seuls les médecins de la Colombie-Britannique ont accepté de ne pas se prévaloir de la possibilité de charger un supplément.
- (13) Selon un sondage de la revue l'Actualité médicale réalisé en décembre 1982, 46,7% des omnipraticiens et 58,2% des spécialistes pratiquent en groupe. (L'Actualité médicale, 9 février 1983,

p. 2); selon une enquête postale de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, réalisée en 1981, 53,0% des omnipraticiens pratiquent en groupe (Rodrigue, M. "Revenus et dépenses des médecins omnipraticiens du Québec, 1981", Le médecin du Québec, décembre 1982, p. 49.

- (¹⁴) Contandriopoulos, A.P., Pineault, R., Fournier, M.A. Opinion des médecins québécois sur la pratique en région éloignée et sur le mode de rémunération. Equipe de recherche interdisciplinaire en santé, Faculté de médecine, Université de Montréal, juillet 1982, p.96).
- (¹⁵) Il faut noter aussi que depuis quelques années, les femmes représentent plus de 50% des étudiants admis en médecine.
- (16) La proximité des grands centres universitaires donne accès à la population des régions périphériques aux services médicaux disponibles de ces grands centres.
- (¹⁷) Glandon, G.L., Werner, J.L. "Physicians' Practice Experience During the Decade of the 1970's", JAMA, Dec. 5, 1980. Vol. 244, No. 22, pp. 2515-2516.
- (¹⁸) Contandriopoulos, A.P. et al. 1982, op. cit., p. 88.
- (¹⁹) L'Actualité médicale, 9 février 1983, p. 8.
- (²⁰) Rodrigue, M., op. cit., p. 49.

III. La grille des honoraires

III.1 Les déterminants de la grille des honoraires

Le niveau global de la rémunération des médecins et la structure de la grille des honoraires sont déterminés par un seul mécanisme: la négociation entre le gouvernement et les deux associations représentant les médecins. Dans un tel contexte, la tarification des actes médicaux se trouve davantage réduite aux résultats d'un rapport de force entre deux parties, comme on le retrouve dans les négociations entre syndicats de travailleurs et employeurs, plutôt qu'être déterminée par la valeur économique de chaque acte.

Ce n'est qu'après s'être entendu sur un taux d'accroissement de la masse globale qui sera accordée au cours de la période de l'entente que des modifications à la structure tarifaire seront apportées. Trois éléments peuvent amener une modification de la structure des tarifs.

Le premier et le plus important, est le désir du gouvernement d'utiliser des incitatifs financiers afin de modifier le comportement des médecins soit pour encourager ou décourager la production de certains actes ou encore pour éviter le glissement vers la production d'actes plus coûteux. Le deuxième élément est le désir du gouvernement ou de la Fédération des médecins-spécialistes de répartir de façon différente l'accroissement de la masse totale. Le troisième élément est le besoin de corriger les écarts trop grands entre le tarif d'un acte et sa valeur économique relative par rapport aux autres actes.

La structure tarifaire des actes a été modifiée à trois reprises depuis l'introduction du régime d'assurance-maladie en 1970. La

première modification en 1976 fut très importante. Une bonne partie des actes fut redéfinie et la structure tarifaire se trouve évidemment modifiée. Les deux autres changements apportés, en 1980 et 1982, furent beaucoup moins importants, en apportant une hausse sélective mais généralement uniforme pour les actes d'un même champ d'activités.

III.2 Données sur la tarification

Le tableau Ia de l'annexe I présente l'évolution des tarifs pour les différents types d'examens en cabinet, à domicile et à l'hôpital pour les omnipraticiens et les internistes entre 1972 et 1982; le tableau Ib présente ceux de certains actes diagnostics, thérapeutiques, médicaux, chirurgicaux et de radiologie entre 1977 et 1982.

Ces actes ont été définis à partir du California Relative Value Studies de 1964. La nomenclature des actes du CRVS 64 est différente de celle en vigueur au Québec; par exemple, on ne fait pas au Québec la distinction entre les nouveaux patients et les autres. Nous avons alors admis que lorsqu'un médecin voyait un nouveau patient, il faisait un examen complet. De plus, comme la définition des CRVS 64 est beaucoup plus générale que celle du Québec, nous avons présenté le tarif et la définition de l'ensemble des actes qui pouvaient y être compris.

Le tableau Ia montre que la tarification unique pour les omnipraticiens et les internistes qui existait au début du régime a évolué de façon différente après 1977 à la faveur des spécialistes. Le tarif des examens en cabinet s'est accru, en 1977, entre 36% et 45% pour les internistes et entre 20% et 40% pour les omnipraticiens. L'écart entre les deux groupes est encore plus grand pour les examens

à l'hôpital. Quant aux visites à domicile, le tarif a plus que doublé pour les omnipraticiens alors qu'il n'a pas augmenté pour les internistes. Dans l'ensemble, le taux de croissance a été encore plus élevé entre 1977 et 1982 (sauf pour les visites à domicile pour les omnipraticiens et les examens ordinaires pour les internistes) et l'écart s'est accentué entre omnipraticiens et internistes. Chez ces derniers, l'augmentation a été quatre fois plus élevée pour les examens complets et complets majeurs en cabinet que pour les examens ordinaires. Pour les omnipraticiens, le taux de croissance est sensiblement le même pour ces deux types d'examens (entre 43% et 49%); ce sont les visites à domicile qui connaissent la plus forte hausse avec 63%. Il ressort de ce tableau qu'entre 1972 et 1982 l'évolution de la tarification des actes a amélioré la valeur relative des visites à domicile et des examens ordinaires en cabinet pour les omnipraticiens et les examens complets et complets majeurs chez les spécialistes. Il faut toutefois interpréter ces résultats avec prudence, car la définition des actes a été modifiée notamment pour inclure dans le tarif de l'examen certains actes diagnostics et thérapeutiques qui étaient auparavant payés séparément.

Il est plus difficile d'interpréter l'évolution de la structure tarifaire des actes autres que les examens. Alors que la hausse des tarifs des examens répond surtout à un désir d'influencer le comportement du médecin, l'accroissement des tarifs des autres actes sont de façon beaucoup plus marquée que les premiers, influencé par le désir de répartir différemment la hausse de la masse globale entre les différents spécialistes et par celui d'ajuster certains tarifs en fonction de la valeur économique de l'acte. Ainsi, parmi les actes étudiés, la hausse

a varié entre -12,0% (#4301) à 11,18% (#5182) entre 1977 et 1982. La plupart des tarifs ont augmenté entre 25% et 60%; mais certains n'ont connu aucune hausse (cystoscopie, #314 à #320 et broncoscopie, #275 à #278, etc.).

III.3 Effets de la tarification sur la pratique médicale

Aucune étude exhaustive sur les effets de la tarification sur la pratique médicale au Québec n'a été réalisée jusqu'à maintenant. Néanmoins, quelques études ont mis en évidence l'influence de la structure tarifaire sur la pratique médicale ou à tout le moins sur le profil de facturation des médecins.

Dans une étude portant sur l'évolution du profil de pratique des médecins du Québec de 1971 à 1973¹ et sur le lien existant entre cette évolution et la modification de la structure tarifaire², six catégories de facteurs reliés aux incitatifs financiers ont été définis comme pouvant expliquer l'évolution de la fréquence de certains actes. Ces six catégories de facteurs qui ne sont pas toujours mutuellement exclusives, sont les suivantes:

- l'effet pur du tarif
- le rendement de la visite
- l'effet de complémentarité
- l'effet de substitution
- l'effet de l'équipement
- l'effet du personnel paramédical

Les résultats de cette étude montrent, entre autres, qu'entre la première et la troisième année du régime d'assurance-maladie alors que la tarification relative et absolue des actes était demeurée inchan-

gée, ces six facteurs ont eu une influence déterminante sur le profil de pratique des médecins. Ce profil a été défini pour chaque médecin comme étant la somme des revenus de chaque acte par rapport au revenu total provenant de la RAMQ. Voici quelques conclusions de cette étude obtenues en comparant les profils de pratique de 1971 et 1973:

(1) l'effet du tarif: l'incitation financière serait la principale raison de l'évolution de la fréquence des actes réclamés:

La psychothérapie individuelle d'orientation analytique de 30 minutes au cabinet (#8931) a vu son importance relative en valeur, augmenter de 81% chez les omnipraticiens et de 52% dans les spécialités médicales. Parmi toutes les psychothérapies, cet acte spécialisé est nettement le plus rémunérateur et il s'est vraisemblablement substitué aux simples psychothérapies individuelles. La chimiothérapie cutanée (#305), dont l'importance relative en valeur s'est accrue de 68% dans les spécialités médicales entre 1971 et 1973, est particulièrement rémunératrice. L'importance relative des visites ordinaires à l'hôpital (#3) a diminué de façon importante: diminution de 73% en physiatrie et rhumatologie, de 31% pour les omnipraticiens, de 32% pour les spécialités médicales, de 44% en gynéco-obstétrique, de 26% chez les chirurgiens, de 40% en médecine interne, etc. D'autres types de visites leur ont été substitués, comme on le verra plus loin.

Les examens complets d'urgence au cabinet (#51) se sont accrus de façon étonnante: de 81% en importance relative chez les omnipraticiens et de 31% en médecine interne.

(2) Rendement de la visite: dans ce cas, le médecin posera des actes diagnostiques et thérapeutiques additionnels au cours de la

visite, actes dont la justification médicale n'est pas toujours évidente. Le cas le plus classique serait l'injection de substances sclérosantes dans les veines des membres inférieurs (#466). Chez les omnipraticiens, cet acte s'est accru de 202% en importance relative, soit de 243,000 à 811,000; chez les chirurgiens, il s'est accru de 77%, en gynéco-obstétrique de 1,385% (2,000 à 23,000) et chez les anesthésistes de 1,000% (23,000 à 333,000).

L'exérèse de cérumen (#408) chez les pédiatres a augmenté de 27% en importance relative et chez les omnipraticiens de 11%, passant de 45,000 à 63,000. Enfin en pédiatrie, la dilatation du prépuce (#6803) a vu son importance relative augmenter de 23%.

(3) Effet de complémentarité: il s'agit d'actes rémunérateurs dont l'accroissement entraîne une variation dans la fréquence d'autres actes souvent non rémunérateurs avec lesquels ils sont liés d'une certaine façon.

Un exemple est donné par les cuti-réactions (#105) dont la croissance a été de 503% chez les omnipraticiens et de 137% chez les spécialités médicales et les cures d'hypersensibilisation (#100). L'importance relative des cures d'hyposensibilisation entraînée par la croissance du nombre de cuti-réactions s'est accrue de 20% dans les spécialités médicales, et de 45% chez les omnipraticiens; dans ce dernier cas, leur nombre est passé de 328,000 à 492,000.

La complémentarité, en tant qu'elle affecte l'évolution du profil de pratique, se manifeste aussi lorsqu'un acte est posé à l'occasion d'un autre acte. Il en va ainsi des appendicectomies simples



(#5237). Selon les directives de la RAMQ, quand plusieurs actes chirurgicaux sont faits lors d'une même intervention, l'acte le plus important est payé à plein tarif et les autres actes sont rémunérés à 50% du tarif normal. Ainsi, à l'occasion d'une autre intervention chirurgicale dans cette région du corps, le chirurgien procédait en même temps à l'ablation de l'appendice. Chez les gynéco-obstétriciens par exemple, le nombre d'appendicectomies simples réclamé s'est accru de 360% en importance relative et de 46% chez les chirurgiens; dans ce dernier cas, le nombre est passé de 8,000 à 15,900.

(4) Effet de substitution: il s'agit d'actes qui ont été substitués à d'autres parce qu'ils sont, entre autres raisons, relativement plus rémunérateurs.

Les exemples les plus nombreux sont reliés à la substitution des examens complets et complets majeurs aux examens et visites ordinaires. Ainsi, les omnipraticiens, les internistes et bien d'autres, au lieu de réclamer des visites ordinaires à l'hôpital (#3) relativement peu rémunératrices, réclament en plus grand nombre des actes comme les examens complets majeurs dans les services ambulatoires des hôpitaux (#97). Le même phénomène se retrouve aussi pour la pratique en cabinet: pour les omnipraticiens, les examens ordinaires au cabinet (#1) diminuent de 12% en importance relative (baisse d'environ un million dans la fréquence de cet acte) alors qu'à eux seuls les examens complets, complets d'urgence et complets majeurs au cabinet augmentent de plus de 500,000. La même chose s'observe dans toutes les spécialités.

Dans les spécialités médicales, l'électrocoagulation (#1300)

diminue de 12% en importance relative alors que l'importance relative de la chimiothérapie cutanée (#305) s'élevait de 68%.

Chez les chirurgiens, les exemples sont aussi nombreux. Mentionnons la diminution de 19% de la section et l'excision au complet des veines saphènes internes et externes (#4394) alors que les injections de substances sclérosantes (#466), un acte beaucoup plus simple, augmentaient en importance relative de 77%.

(5) Effet de l'équipement: il s'agit d'actes qui nécessitent certains équipements lorsqu'ils sont posés, mais dont le coût de dispensation est très faible quand l'équipement est disponible.

Dans les spécialités médicales, l'oesophagoscopie avec ou sans biopsie (#560) a diminué de 37% en importance relative et on lui aurait substitué l'acte oesophagoscopie-gastrosocopie avec photographie (#575) dont l'importance relative s'est accrue de 93%. En d'autres termes, si l'hôpital accepte de se procurer cet équipement, alors le spécialiste peut effectuer un plus grand nombre de cet acte, tout en étant mieux rémunéré chaque fois.

(6) Effet du personnel paramédical: il s'agit d'actes qui peuvent être posés entièrement ou partiellement par du personnel auxiliaire et dont la fréquence a augmenté parce que le tarif, même si parfois relativement peu élevé, est tout de même supérieur au coût marginal de ce personnel pour le médecin.

Dans les spécialités médicales, la cure d'hyposensibilisation, un ou plusieurs allergènes en une injection (#100) a augmenté de 20%

en importance relative dans les spécialités médicales; on peut croire qu'il est souvent posé par du personnel auxiliaire.

Par ailleurs, quelques exemples serviront à montrer comment un changement dans la valeur des tarifs survenu depuis 1970 a influencé le comportement des médecins.

Il est d'abord intéressant de souligner l'effet direct de l'évolution des tarifs des visites à domicile sur le comportement des omnipraticiens. Le tableau 3.1 montre comment les omnipraticiens ont délaissé cette activité au début du régime, lorsque la rémunération était jugée insuffisante pour y revenir massivement lorsque la tarification était plus adéquate. Dès la deuxième année du régime, la chute dans le nombre de visites a été de 21,9% pour se maintenir par la suite entre 5,0% et 9,4% jusqu'en 1976. Mais lorsque, en 1977, la tarification est passé de 7,00\$ à 15,00\$, l'accroissement du nombre de visites a été de 14,6% et a atteint 25,2% et 28,4% par année en 1979 et 1980 lorsque le tarif atteignait 20,00\$. Cette hausse spectaculaire du nombre de visites à domicile, particulièrement au cours des deux dernières années est beaucoup moins attribuable aux médecins qui visitent leurs patients réguliers qu'à des médecins qui se sont spécialisés dans les visites à domicile d'urgence. On retrouve ce type de pratique dans les grandes villes où des entreprises ont développé ce type de services vers 1978-1979.

D'autre part, une étude de la RAMQ¹ a montré que les montants versés aux médecins pour des injections de substance sclérosante dans une veine variqueuse des membres inférieurs dont le nombre était passé

Tableau 3.1

Evolution du nombre et du tarif des visites à domicile,
omnipraticiens, 1971-1980

Année	Visites à domicile		Tarif*
	Nombre	en %	
1971	1016 798		7,00\$
1972	793 763	- 21,9	7,00\$
1973	718 786	- 9,4	7,00\$
1974	665 737	- 7,4	7,00\$
1975	632 442	- 5,0	7,00\$
1976	574 959	- 9,1	7,00\$
1977	658 782	14,6	15,00\$
1978	730 948	11,0	18,00\$
1979	915 349	25,2	20,00\$
1980	1175 759	28,4	20,00

* Tarif pour une visite de jour

Sources: RAMQ, Statistiques annuelles, diverses années

de 504,000 à 1916,000 en 1973, a baissé de 26,5% entre 1973 et 1975 suite à une modification du protocole de ces actes et à une baisse des tarifs adoptée en septembre 1974. De tels changements ont entraîné une baisse du nombre de petits producteurs de tels actes et une augmentation du nombre de gros producteurs, particulièrement parmi les omnipraticiens et les résidents, alors que les spécialistes moins gros producteurs que ces derniers, auraient délaissé ce type moins lucratif de pratique. De plus, les gros producteurs ont accru le volume d'actes après la baisse du tarif afin de compenser partiellement le manque à gagner créé par la modification du tarif.

D'autre part, il est intéressant de constater comment les omnipraticiens ont modifié leur comportement en ce qui concerne les examens en cabinet privé suite à la première modification des tarifs qui est entrée en vigueur le 1er novembre 1976. Le tableau 3.2 montre que lors de la dernière année de la première entente (1976) comme les tarifs étaient demeurés les mêmes depuis 1971, les omnipraticiens ont compensé cette stabilité dans les tarifs en effectuant ou en facturant des examens plus rémunérateurs: une hausse, par rapport à l'année précédente, de 30,0% pour l'examen complet et de 25,1% pour les examens complets majeurs alors que le nombre d'examens sommaires n'augmentait que de 1,1%.

Cette tendance a cependant été complètement renversée en 1977 suite à une hausse des tarifs. Cette hausse était plus importante pour les examens sommaires (40,0%) que pour les examens complets (22,7%) et complets majeurs (25,0%). Le nombre d'examens sommaires a alors augmenté de 5,9% alors que les deux autres types d'examens ont vu leur nombre diminuer respectivement de 9,2% et 4,0%. Suite à ces changements

Tableau 3.2

Taux d'accroissement du nombre d'examens en cabinet
privé par les médecins omnipraticiens entre 1976/1975
et 1977/1976 et des tarifs entre 1977/1976

Type d'examens	Taux d'accroissement en pourcentage		
	Nombre d'actes		Tarifs 1977/1976
	1976/75	1977/1976	
Sommaires	1,1	5,9	40,0
Complets	20,0	- 9,2	22,7
Complets ma- jeurs	25,1	- 4,0	25,0
Total	10,6	1,9	

dans le niveau et la structure des tarifs, les omnipraticiens se sont réajustés non seulement dans leur type de pratique, ou de facturation, mais aussi dans le volume de pratique. L'augmentation du nombre total d'examens qui avait été de 10,6% entre 1976 et 1975 n'a été que de 1,9% entre 1977 et 1976, et cela malgré que le nombre d'examens complets et complets majeurs, plus longs et plus complexes, aient diminué en 1977.

Ces données nous permettent donc de voir comment les médecins peuvent indexer leur revenu: en ajustant le volume de leur pratique et/ou en déplaçant leur pratique vers des actes plus rémunérateurs lorsque les tarifs sont jugés insuffisants.

Ce comportement apparaît encore plus évident lorsqu'on regarde l'évolution du nombre et du coût de chaque contact, patients par médecin. Le tableau 3.3 fait clairement ressortir qu'à la suite de chaque renouvellement des ententes amenant une hausse de tarifs, en 1977 et 1981, l'augmentation du revenu par contact-patient est évidemment supérieure à celle des autres années, mais elle est aussi accompagnée, contrairement aux autres années, d'une baisse du nombre de contacts-patients. Entre 1977 et 1981, il faut distinguer deux périodes: 1978-1979 et 1980. En 1978 et 1979, les médecins étaient soumis à l'entente de 1976 qui prévoyait des hausses uniformes des tarifs en 1978 et 1979. Pendant ces deux années, le nombre et les revenus des contacts-patients ont augmenté légèrement mais le taux d'accroissement des revenus par contact-patient était légèrement plus élevé en 1979 qu'en 1978 alors que celui du nombre de contacts était légèrement inférieur, indiquant ainsi un glissement vers des actes plus rémunérateurs. Toutefois, en 1980, le renouvellement de l'entente n'est intervenu qu'à la fin de 1980, de

Tableau 3.3

Evolution du nombre de contacts-patients et du revenu provenant de chaque contact-patient par médecin, 1977-1981

Année	Contact-patients ¹ par médecin		Revenu par contacts-patients	
	Nombre	en %	Coût	en %
1976	3247,5		14,60	
1977	3182,7	- 2,0	16,51	13,1
1978	3233,6	1,6	17,21	4,2
1979	3267,2	1,0	18,00	4,6
1980	3371,3	3,2	18,60	3,3
1981	3263,8	- 3,2	19,63	5,5

¹

Le nombre de contacts-patients représente la somme des examens des consultations, des séances de traitements psychiatriques (psychothérapie) et des actes chirurgicaux.

Sources: RAMQ, Statistiques annuelles, 1979: p. 62
1981: p. 51

sorte que les tarifs de 1979 sont demeurés en vigueur pendant toute l'année de 1980 pour les omnipraticiens et jusqu'au 1er septembre pour les spécialistes. Les médecins ont réagi à cette situation en augmentant de 3,3% le nombre de contacts-patients (soit à un rythme trois fois supérieur à celui de l'année précédente) ce qui a permis d'obtenir une hausse de 3,3% du revenu par contact, un taux légèrement inférieur à celui de l'année précédente.

III.4 Conclusion

Depuis 1970, plus de 99% des médecins québécois participent à un régime universel et complet d'assurance-maladie. Plus de 93% d'entre eux sont rémunérés à l'acte. Ce mécanisme de remboursement nous permet alors d'avoir l'information complète sur les activités des médecins.

D'autre part, le fait que tous les médecins d'une même spécialité sont soumis à la même tarification sans possibilité de charger un supplément d'honoraires fait ressortir de façon particulière comment le mode de rémunération à l'acte influence le comportement des médecins. Nous utiliserons les conclusions d'une étude précédente d'un des auteurs afin de mieux illustrer ce phénomène ³.

(1) Les médecins ont manifestement le pouvoir de modifier le volume et l'éventail des services qu'ils offrent à leurs patients;

(2) Les facteurs économiques jouent certainement un rôle dans les décisions des médecins de modifier leur profil de pratique;

(3) Bien que certaines des modifications observées peuvent n'être que le résultat d'une meilleure compréhension de la structure

tarifaire, le médecin réclamant un acte plus rémunérateur plutôt qu'un autre sans que le contenu thérapeutique pour le patient soit modifié, il apparaît clairement que dans bien des cas le contenu de l'intervention a dû être modifié à la suite d'incitatifs économiques;

(4) Le pouvoir des médecins de modifier le volume et l'éventail de leurs services n'est pas uniforme pour toutes les spécialités, il semble qu'il soit d'autant plus grand que le champ d'expertise est plus général: en médecine générale, en médecine, en pédiatrie;

(5) Quand la structure tarifaire prévoit la rémunération de la composante technique d'un acte (radiologie, physiothérapie), les médecins tendent à exploiter très énergiquement cette possibilité en déléguant à des techniciens le soin de produire des actes qu'ils supervisent;

(6) Plus la structure tarifaire est détaillée, plus le pouvoir de génération des médecins est grand. La capacité des médecins "de rentabiliser" un contact avec un patient dépend de l'arsenal des actes mineurs qu'il peut ajouter à la consultation;

(7) Bien que le tarif puisse inciter les médecins à modifier leur pratique, il apparaît excessivement peu réaliste de croire qu'il est possible d'utiliser la structure tarifaire pour orienter le système de soins. En effet, la structure tarifaire forme un tout et il n'est pas possible de prévoir à priori quels seraient les effets d'un débancement des tarifs sur les services fournis à la population;

(8) L'ensemble de nos résultats et de nos conclusions ne peut d'aucune façon être interprété comme la preuve que le médecin est responsable, au sens pénal du terme, des coûts du système de santé. Il faut comprendre que l'ensemble des caractéristiques de l'organisation du système de santé au Québec et au Canada en général concourt à donner aux médecins un pouvoir considérable et que les médecins, comme n'importe quel agent économique sont sensibles aux influences de l'organisation dans laquelle ils travaillent.

Notes et références de la section III

- (1) Contandriopoulos, A.P. "Stimulants économiques et utilisation des services médicaux", L'actualité économique, avril-juin 1980, pp. 264-296.
- (2) L'hypothèse sous-jacente à cette recherche est que, comme le régime d'assurance-maladie est entré en vigueur en 1971, les médecins n'avaient pas encore eu le temps de s'adapter complètement à la nouvelle structure tarifaire.
- (3) Contandriopoulos, A.P. op. cit. pp. 290-291.

IV. Perspectives sur la rémunération des médecins

Dans le rapport qu'elle déposait il y a un peu plus de 10 ans, la Commission Castonguay-Nepveu proposait pour le Québec un système public d'assurance-maladie entièrement nouveau fondé sur quelques grands principes à un accès uniforme pour tous, à tous les services requis. Une médecine globale fondée sur l'interdisciplinarité, une approche préventive, une participation active de tous les groupes intéressés, une décentralisation importante dans la prise de décision et dans l'organisation du système de santé. Pour opérationnaliser ces principes, la Commission recommandait entre autres d'abandonner le paiement à l'acte:

"La Commission recommande:

- 4.XV.244 Que le mode de rémunération à l'acte soit progressivement abandonné au profit d'autres formes de rémunération, tels le salariat et la rémunération au prorata du nombre de cas traités.
- 4.XV.245 Que des stimulants à la réalisation des objectifs d'une médecine globale soient greffés au cours de la période de transition, sur le système de rémunération.
- 4.XV.246 Que les stimulants soient conçus de sorte qu'ils favorisent également la médecine d'équipe."¹

De ces grands principes à la réalité du système de santé actuel du Québec, il y a un écart important. Il a en effet fallu, au moment de l'introduction de l'assurance-maladie tenir compte des pressions sociales et politiques et des valeurs implicites de la société québécoise. Le système actuel est comme nous l'avons expliqué dans la première section, un équilibre entre l'idéal d'équité que proposait la commission d'enquête

et les valeurs de liberté de la société québécoise. Monsieur Castonguay à qui on demandait: "Pourquoi lors de la mise en application des recommandations de la commission, le mode de rémunération des médecins n'a-t-il pas été modifié? répondait: "Pour deux très bonnes raisons: d'abord, sur le plan politique, il n'apparaissait pas possible de faire à la fois l'assurance-maladie et de changer le mode de rémunération des médecins. De plus, nous n'avions pas d'autres modes de rémunération très bien élaborés qui auraient pu se substituer assez rapidement et de façon ordonnée aux modes pré-existants, soit la rémunération à l'acte".²

Ces "deux bonnes raisons" sont-elles aujourd'hui encore acceptables? Pour répondre à cette question, premièrement, nous situerons l'importance du mode de rémunération parmi les forces qui influencent le système de soins, puis nous donnerons certaines informations sur la satisfaction du corps médical quant à sa rémunération et enfin nous présenterons les grands principes autour desquels il serait possible de concevoir un mode de rémunération cohérent avec les objectifs du système de soins.

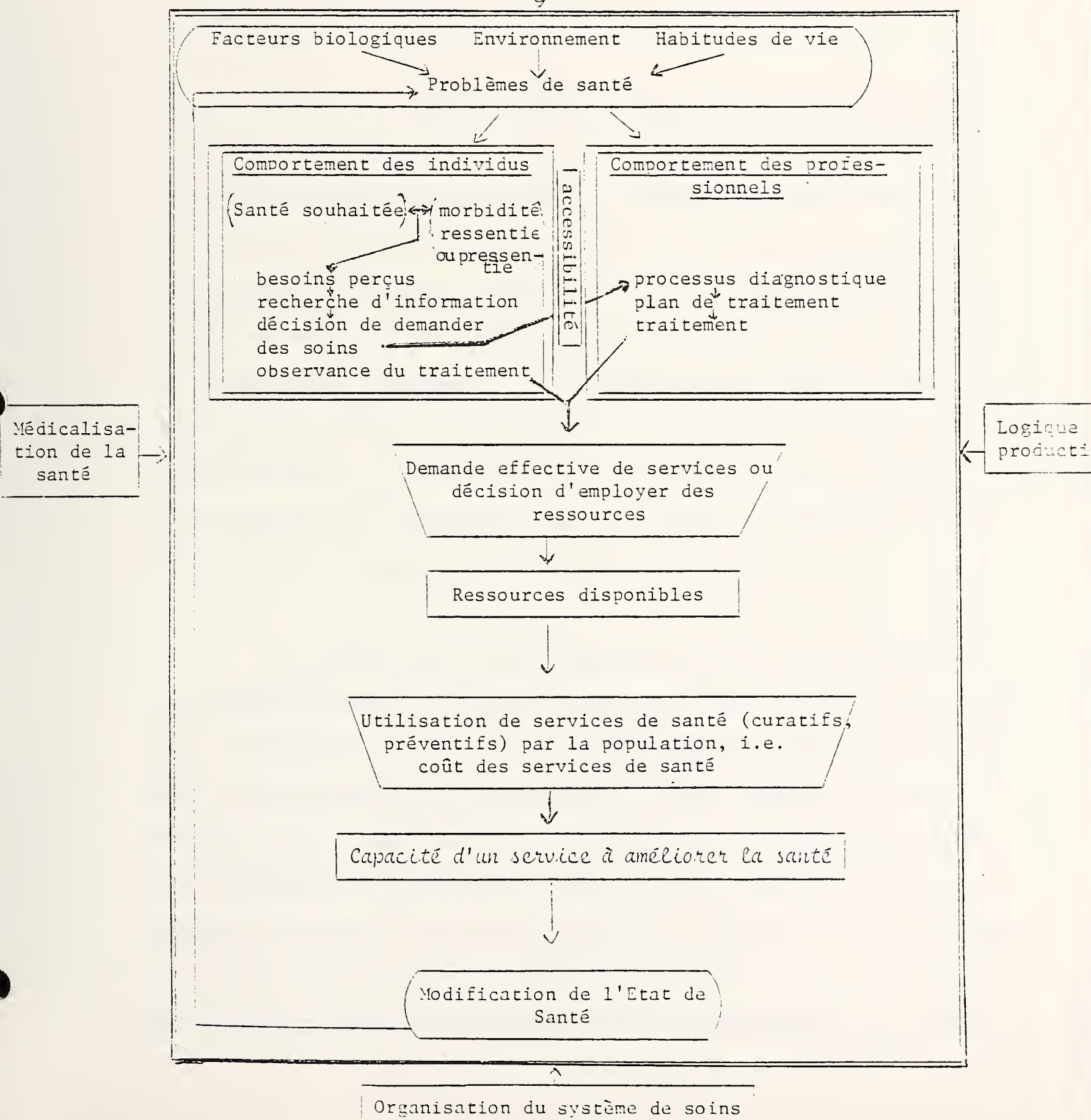
IV.1 Le mode de rémunération et le système de soins³

Le fonctionnement du système de soins peut être schématisé de la façon suivante⁴(schéma IV.1).

SCHEMA IV.1

PROCESSUS D'UTILISATION DES SERVICES
DE SANTE

Valeurs socio-culturelles



L'ensemble du processus qui conduit à l'utilisation du système de soins prend naissance par la reconnaissance qu'il existe des problèmes de santé et que le système de soins peut efficacement contribuer à les résoudre.

L'individu lorsqu'il ressent malaise, une douleur (morbidité ressentie ou pressentie) qu'il considère comme anormal, après avoir recherché des informations supplémentaires auprès de parents, d'amis, décide de se traiter lui-même, de faire appel au réseau parallèle de soins (chiropraticiens, naturopathes, acunpuncteurs, etc.) ou encore de recourir au système de soins. Cette dernière décision se concrétise par la recherche d'un contact avec un médecin, c'est-à-dire rendez-vous dans un cabinet privé, dans un C.L.S.C.; visite en salles d'urgence, etc. Lorsque cette démarche aboutit, le consommateur rencontre un médecin et lui exprime son inquiétude et sa demande de soins. Il s'agit à ce moment-là d'une demande générale de soins et non de services spécifiques.

Le médecin lors de cette rencontre confronte ses connaissances aux informations que lui fournit son patient. Durant le processus diagnostique, le médecin complète l'examen clinique par des examens complémentaires, par les opinions que les médecins consultants peuvent lui donner. Puis à l'aide de l'ensemble de ces informations, il établit un diagnostic. A la lumière de ce diagnostic, et compte tenu des ressources dont il peut disposer, il propose à son patient un plan de traitement qui, si ce dernier l'accepte, se traduit en utilisation de biens et services. Les services sont constitués des services diagnostiques et thérapeutiques, de services

demandés pour des fins préventives et des services de réadaptation, ils constituent l'ensemble des dépenses personnelles en santé.

Ainsi, l'utilisation des services, qui est une notion globale, est le résultat d'une multitude de rencontres entre un patient et son médecin. C'est-à-dire d'une multitude d'interactions entre le comportement d'individus qui ressentent ou appréhendent un malaise avec le comportement de professionnels de la santé qui ont bien entendu le désir de guérir leurs patients mais qui sont aussi des individus dont les comportements peuvent être influencés par toute sorte d'autres facteurs. Pour comprendre le fonctionnement du système de soins, il faut donc tenter de comprendre le comportement de la personne qui ressent un malaise et le comportement du médecin qui va mettre en oeuvre les ressources du système de soins.

IV.1.1 Le comportement du patient

Pour un individu qui ressent un malaise, qui est en proie à une inquiétude par rapport à sa santé, les services de santé constituent des biens, au sens économique du terme, qui seont fondamentalement différents de tous les autres biens qu'il pourrait se procurer. Les services sont pour lui essentiels; ils peuvent à la limite faire la différence entre la vie qu'il a menée jusqu'alors et l'incapacité ou même la mort. Et de plus, l'individu ne connaît pas quelle sera l'issue probable de sa maladie, il peut même craindre de l'apprendre, il ne sait pas ce qu'il doit faire, il n'est pas en mesure de préciser quels seraient les services les plus appropriés à son état, il ne connaît pas non plus les coûts qui seront entraînés par sa maladie. Quand il rencontre le système de soins, il exprime donc

au médecin qui l'accueille non seulement ses inquiétudes, ses douleurs, mais aussi sa confiance. Il lui demande en quelque sorte de décider à sa place. Il délègue sa rationalité⁵ qu'il n'est pas en mesure d'exercer, à cause de la maladie qui l'accable, de l'information qui lui manque, et du détachement nécessaire par rapport à l'objet de la décision qu'il ne peut pas avoir puisque qu'il est lui-même l'objet de cette décision.

Certes, toutes les maladies ne sont pas aussi dramatiques mais ce qui est important c'est que dans un certain nombre de cas, les services de santé aient cette caractéristique particulière et unique de toucher à l'essence même de l'homme.

La demande de soins découle donc de l'intensité des problèmes de santé ressentis ou appréhendés par l'individu, ainsi que de ce que l'individu considère comme "normal". Ces deux éléments sont dépendants non seulement des facteurs déterminants des problèmes de santé, mais aussi des valeurs culturelles, de la médicalisation de la santé et du degré de fréquentation antérieure du système de soins.

Par ailleurs, la demande de soins qui se manifestera effectivement au système de soins, dépend des effets et des sacrifices que l'individu doit faire pour rencontrer le système de soins. Cette conception très générale de l'accessibilité inclut l'accessibilité économique, l'accessibilité géographique aux ressources du système de soins, l'accessibilité organisationnelle ainsi que toutes les barrières de nature socio-culturelle que l'individu peut rencontrer.

Le degré réel d'accessibilité du système de soins est donc dépendant en partie des valeurs socio-culturelles et en partie de la façon dont est organisé le système de soins.

IV.1.2 Le comportement du médecin

Le médecin en tant que professionnel de la santé veut certainement acquérir et maintenir un certain prestige au sein de sa profession et de la communauté, cela peut se manifester par la recherche d'un niveau de revenu suffisant et par la participation à des activités diverses: recherche, pratique dans un hôpital universitaire, etc... il tiendra aussi à minimiser les contraintes bureaucratiques, à conserver des loisirs et bien entendu il cherchera à soigner le mieux possible ses patients⁶. Lors de la conversion de la demande de soins en utilisation de services, le médecin sera donc amené à ne pas tenir compte uniquement des besoins de son patient, il devra établir des arbitrages entre tous ses différents objectifs; en particulier entre des objectifs économiques et des objectifs professionnels. Cela lui est permis d'une part à cause de la délégation de rationalité et d'autre part à cause de l'incertitude qui existe sur les traitements qu'il convient de prescrire dans de nombreuses circonstances⁷.

Plus la norme de traitement est incertaine, plus il sera facile pour le médecin d'adapter sa prescription de services aux autres objectifs qu'il poursuit.

L'intensité avec laquelle le médecin utilise cette capacité de prescrire des services qui ne sont pas seulement déterminés par les problèmes de santé du patient dépend bien entendu de la rigueur de l'éthique professionnelle de chaque médecin mais aussi, dans une large mesure, de la satisfaction que le médecin retire de ce comportement. Plus le médecin sera stimulé par des modalités d'organisation du système de soins, à multiplier les services prescrits, plus en moyenne on peut s'attendre à ce qu'il le fasse⁸.

Parmi les nombreuses forces qui convergent pour inciter le corps médical à multiplier la quantité des services offerts mentionnons:

- a) le développement d'une technologie dont la diversification et le taux d'obsolescence est défini plus souvent par les impératifs d'une logique de production que par son impact sur la santé de la population;
- b) la croissance très rapide du nombre des médecins;
- c) une transformation de l'attente de la société envers le système de soins qui est de plus en plus conçu comme responsable non seulement du diagnostic et du traitement des maladies mais aussi de la qualité de la vie;
- d) la généralisation des systèmes d'assurance qui rendent les usagers relativement moins sensibles à un accroissement du volume des services prescrits;
- e) l'existence du paiement à l'acte qui relie directement le revenu des médecins à la quantité des actes qu'ils posent.

Parmi l'ensemble de ces facteurs, celui dont il est peut-être la plus facile de connaître les effets est le paiement à l'acte.

IV.1.3 Les effets du paiement à l'acte⁹

Les objectifs du système de soins du Québec peuvent se résumer de la façon suivante: "le système de soins doit fournir à toute la population quelles que soient ses caractéristiques sociales, économiques et géographiques, tous les services qu'elle requiert (objectifs d'accessibilité); s'assurer que ces services sont de la meilleure qualité possible, c'est-à-dire qu'ils sont globaux, continus et conformes aux normes de la bonne pratique (objectifs de qualité); être organisé de façon à utiliser au mieux les ressources disponibles (objectifs de productivité); satisfaire les aspirations de la population ainsi que celles des professionnels (objectifs de satisfaction); et être administrable d'une façon efficace (objectifs d'administrabilité)"¹⁰.

Le paiement à l'acte, par sa nature, quelles qu'en soient les modalités, pousse le médecin à se comporter d'une façon qui n'est pas cohérente avec les objectifs explicites du système de soins. En effet, ce mode de rémunération ne permet pas de rémunérer la totalité de l'activité professionnelle. Cette activité ne peut être entièrement définie par des actes aussi nombreux et précis soient-ils; ainsi la prévention auprès de populations, l'administration, le suivi des patients, la psychiatrie dans une large mesure, et d'une façon générale, toutes les activités qui dépendent plus de l'interaction entre le professionnel et son patient que de la nature de l'acte posé, sont difficiles ou impossibles à rémunérer à l'acte.

C'est pour pallier ces faiblesses que le paiement à l'acte a été complété par du paiement au temps (salaire, vacations, actes avec une référence explicite au temps). Cette juxtaposition de modes de rémunération de nature différente qui complique l'administration du système et engendre de nombreux abus, ne résoud que de façon très imparfaite les lacunes du paiement à l'acte; certaines activités continuent à ne pas être rémunérées (les consultations téléphoniques, l'éducation continue, etc.) et dans les autres, le passage d'une rémunération à l'acte à une rémunération au temps nuit à la continuité et à la globalité des services.

Enfin, le paiement à l'acte est, le plus souvent, sans relation avec la qualité de l'acte ou les compétences particulières des professionnels.

Avec le paiement à l'acte, la pratique individualiste est valorisée. Le professionnel est rémunéré pour un service spécifique fourni à un patient particulier. Cette situation décourage l'interaction entre les professionnels (la pluridisciplinarité est difficilement compatible avec un paiement à l'acte tout comme le recours optimal à la consultation), et surtout elle empêche l'intégration des professionnels à l'organisation et au fonctionnement du système de soins, ce qui a des effets négatifs sur la qualité des services et surtout sur l'administrabilité du système.

Avec le mode de rémunération actuel, le professionnel est orienté vers le traitement des maladies et non vers la santé de la population.

Il existe une relation directe entre le revenu et la quantité des actes. Cette relation, associée à la capacité des professionnels d'influencer le volume et l'éventail des services qu'ils dispensent, les place dans une situation de non-neutralité dans leurs décisions. Les actes clairement identifiables, ceux qui font appel à la technologie plus qu'à la relation humaine, se multiplient. Les populations particulières qui demandent beaucoup de temps ne reçoivent pas toujours tous les services que leur état requiert. Certains actes sont posés sans qu'il y ait un besoin véritable (pseudo-productivité); la quantité prend le pas sur la qualité, et il est impossible d'appliquer des mécanismes efficaces de contrôle.

Etant donné qu'il est à toute fin pratique impossible de bâtir une structure tarifaire qui soit absolument neutre pour chaque médecin face à chacun des problèmes de santé que lui amène chaque patient, il est certain que certains actes seront plus rémunérateurs que d'autres. Il existe alors une incitation à prescrire ces actes payants plutôt que ceux qui le sont moins¹¹. (Nous avons fourni des exemples de ce comportement dans la section III).

Cette caractéristique est une entrave à la qualité des soins et elle est à l'origine d'une perte de productivité. Le paiement à l'acte de plus ne permet pas de dissocier la composante professionnelle de l'acte de la composante technique. Cette caractéristique a comme conséquence de ne pas permettre au médecin de choisir de façon neutre où son patient, de façon optimale, sur le plan médical, devrait être traité. Les

modalités administratives nécessaires pour contrebalancer cet effet sont lourdes, très coûteuses et souvent inefficaces.

Si comme nous venons de le voir, il est clair que le paiement à l'acte est incompatible avec l'atteinte des objectifs que la société québécoise a donnée à son système de soins, nous devons nous demander tout d'abord si les médecins reconnaissent ces difficultés et sont prêts à des changements et ensuite quelle pourrait être l'alternative du paiement à l'acte.

IV.2 L'opinion des médecins du Québec sur la rémunération

Quatre enquêtes effectuées récemment et de façon indépendante auprès des médecins du Québec et deux auprès de la population permettent d'arriver aux conclusions suivantes:

a) les médecins sont plutôt satisfaits de leur niveau de rémunération

L'enquête faite en décembre 1981 par l'Equipe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (E.R.I.S.)^{12.b} révèle que plus de la moitié des médecins sont très satisfaits ou satisfaits de leur niveau de rémunération. Les résidents sont les plus satisfaits (66%) le degré de satisfaction des omnipraticiens et des spécialistes est pratiquement égal (54% et 57%), les spécialistes de laboratoire sont les plus satisfaits (77%) et les chirurgiens les moins satisfaits (42%).

Un an plus tard, en décembre 1982, l'enquête faite par l'Actualité Médicale^{12.d} montre qu'à la suite des nouveaux tarifs négociés en

1982, la satisfaction des médecins s'est considérablement améliorée, 67% des omnipraticiens et 74,3% des spécialistes sont très satisfaits ou satisfaits de la rémunération qu'ils retirent de leur travail. Les médecins de plus de 40 ans sont plus satisfaits que ceux de moins de 40 ans (79,4% par rapport à 64,5%). Par ailleurs, 61,7% de la population en octobre 1981^{12.f} considérait que les médecins étaient adéquatement payés et 15,7% qu'ils étaient trop payés;

b) l'attachement au paiement à l'acte se détériore

Les médecins, d'une façon générale, sont satisfaits du mode actuel de rémunération. En novembre 1980, 78% des omnipraticiens de Montréal^{12.a} l'étaient. En décembre 1982, 84,1% des médecins étaient très satisfaits ou satisfaits de leur mode de rémunération.

Mais de nombreux signes d'inquiétude se manifestent^{12.d}. Près des trois quarts des médecins sont très inquiets quant à l'évolution de leur rémunération dans l'avenir. Les médecins les plus insatisfaits du montant de leur rémunération sont aussi ceux qui sont les plus inquiets (84,6% d'entre eux le sont). Cette inquiétude varie aussi selon le mode de paiement. Ainsi, les médecins payés à l'acte se montrent en général plus inquiets (77%) que les médecins payés à salaire (53,1%).

Parmi les médecins, 23,4% estiment que leur horaire de travail est insatisfaisant^{12.d} et 18,1% que leurs compétences ne sont pas pleinement utilisées, ceci est plus marqué chez les jeunes médecins (moins de 40 ans).

Interrogés sur l'avenir de la médecine^{12.d}, 52,9% des médecins pensent qu'elle va aller en s'améliorant sur la plan technique mais 70% d'entre eux estiment qu'elle va se dégrader sur le plan humain.

Si l'on met en relation cette inquiétude avec les effets que les médecins associent au paiement à l'acte, on peut croire que l'abandon du paiement à l'acte est envisageable au Québec;

c) les médecins sont conscients des effets du mode de rémunération sur leur pratique

Près de 40% des médecins^{12.d} indiquent qu'il existe un lien entre le mode de rémunération et la qualité de la pratique. Ce lien est reconnu plus souvent chez les médecins qui sont favorables au salariat (55%).

En novembre 1980^{12.a}, un tiers des omnipraticiens se plaignait du fait que le paiement à l'acte ne couvrait pas l'ensemble de leurs activités, 88% reconnaissaient qu'ils ne favorisaient pas l'enseignement et la recherche, et 83% qu'ils décourageaient les activités de formation continue.

En décembre 1981^{12.b}, deux tiers des médecins croient que la rémunération à l'acte favorise davantage les libertés professionnelles que la rémunération en fonction du temps (65% par rapport à 21%). Mais 55% des omnipraticiens de Montréal admettaient^{12.a} que le paiement à l'acte n'est pas le seul mode de rémunération qui assure la liberté des médecins.

Parmi les médecins^{12.b}, 56% pensent que l'accessibilité aux soins est plus grande avec la rémunération à l'acte et un peu moins de la moitié (46%) croit que le mode favorise plus la dispensation de tous les services requis.

Par ailleurs, trois fois plus de médecins croient que la rémunération au temps favorise davantage le temps consacré à chaque patient (62% contre 20%) et les activités de prévention (57% contre 18%). De même ils sont cinq fois plus nombreux à croire que la rémunération au temps favorise le travail avec d'autres professionnels de la santé (69% contre 14%) et quatre fois plus de médecins pensent que la rémunération à l'acte favorise davantage la dispensation des services superflus que la rémunération au temps (48% contre 21%). Les réponses varient selon la spécialité, d'une façon générale, les spécialistes attribuent plus d'effets bénéfiques à la rémunération à l'acte que les omnipraticiens.

Le résultat est confirmé par le sondage effectué par la Fédération des Médecins Spécialistes du Québec (FMSQ)^{12.c}. La majorité des répondants ne croit pas que le régime salariat entraîne une diminution de la qualité des soins. Mais 73,8% des médecins pensent qu'il provoquera une diminution de l'accessibilité aux services. Par contre, le temps consacré à chaque patient devrait augmenter.

La population quant à elle^{12.e}, pense en majorité (52%) que les médecins devraient être rémunérés à salaire. Et parmi ceux qui sont d'accord pour le salariat, 70% estiment que ce mode de rémunération inciterait les médecins à accorder plus, ou autant, d'attention à leurs patients;

d) Une majorité des médecins accepterait d'abandonner le paiement à l'acte

Parmi les médecins, 66% seraient d'accord pour être rémunérés en fonction du temps qu'ils consacrent à l'ensemble de leurs activités si le niveau de leur revenu actuel n'était pas affecté par un tel changement^{12.b}. Les omnipraticiens sont significativement plus disposés à un tel changement que les spécialistes (71% contre 61%). Parmi les spécialistes, les radiologistes sont les plus récalcitrants (50%), et les spécialistes de laboratoire sont les plus favorables (73%). On remarque aussi que les médecins des régions éloignées sont plus favorables à l'abandon du paiement à l'acte que les médecins de ville de même que ceux qui sont satisfaits du niveau de leur rémunération.

Si la rémunération en fonction du temps consacré à des activités professionnelles n'était pas appliquée à l'ensemble des activités celles qui seraient choisies en priorité par le médecin sont la santé communautaire, la santé au travail, l'urgence et la garde, et les activités médico-administratives.

Pour les médecins spécialistes^{12.c}, le salariat en décembre 1982 apparaissait comme une option qu'ils étaient en majorité prêts à discuter (55,9%). Ils ont par ailleurs exprimé le vœu que le salaire ne porte que sur les activités en milieu hospitalier. De plus, 90% des répondants pensent que les activités exercées en dehors d'une période de temps salariée devraient être permises et rémunérées à l'acte;

- e) Les médecins sont d'accord avec le principe d'une rémunération modulée selon divers facteurs

Toutes les enquêtes convergent sur cette question. Les omnipraticiens de Montréal^{12.a} indiquent qu'ils souhaiteraient que la rémunération tienne compte des activités administratives d'enseignement, de recherche et de formation continue. Ils indiquent qu'il faudrait être plus équitable pour les médecins âgés.

Pour les membres de la FMSQ, le salariat devrait tenir compte du temps effectif de travail. De plus, le taux de salaire devrait être différent pour la garde sur place et la garde en disponibilité.

Dans l'enquête effectuée en décembre 1981^{12.b}, la majorité des médecins croit que la rémunération devrait varier selon l'horaire (80%), Le lieu de travail (73%), la durée de formation (76%), le nombre d'années d'expérience (56%) et le nombre de crédits accumulés pour l'éducation médicale continue (51%).

En résumé, l'ensemble des réponses obtenues dans ces divers sondages indique que le corps médical du Québec est prêt à discuter des changements importants dans son mode de rémunération.

IV.3 Vers un nouveau mode de rémunération

Si les médecins sont prêts à envisager un autre mode de rémunération que le paiement à l'acte, il faut se demander s'il existe une

alternative à ce mode. C'est sur cette question que s'est penché pendant près de deux ans le "Comité sur la rémunération des professionnels de la santé du Québec"¹³. A la suite de ses travaux, il a recommandé "que tous les modes actuels de rémunération des médecins soient remplacés par le système des honoraires modulés"¹⁴. Cette recommandation vise à rendre plus cohérents les stimulants qui s'exercent sur le médecin et les objectifs explicites du système de soins. Le système des honoraires modulés est résumé dans les pages qui suivent¹⁵:

"Le système des honoraires modulés a été conçu pour corriger les faiblesses du système de soins actuel. Il est constitué par un mode de rémunération et par un réaménagement du système de soins.

Le mode de rémunération est unique (il s'applique à tous les professionnels) et il est complet (il rémunère tout l'éventail de leurs activités). Les professionnels reçoivent des honoraires en fonction de la durée, exprimée en heures, de leurs diverses activités.

Le montant des honoraires varie selon divers facteurs comme la formation, l'expérience, le type d'activité, le lieu de pratique, etc. Ce sont ces facteurs qui sont appelés: modulations.

Ce mode de rémunération doit s'inscrire dans un système de soins décentralisé relié aux besoins de la population, dans lequel les libertés professionnels sont maintenues et les pairs exercent des responsabilités de gestion et d'organisation. Les pairs sont alors responsables de l'encadrement des activités professionnelles et du contrôle des effectifs.

Le système des honoraires modulés est ainsi fondamentalement différent du salariat en ce sens que le professionnel reste libre de l'organisation, du volume et de la variété de ses activités, et qu'il n'est pas soumis à une structure administrative rigide.

Ce système est aussi très différent du paiement à l'acte: il n'y a plus de lien direct entre la quantité des actes posés et le revenu, et de plus la pratique, au lieu d'être individualiste, est intégrée dans une responsabilité du groupe des pairs pour une catégorie de soins à fournir à une population.

La rémunération du professionnel est définie par l'organisation de son programme de travail dans le cadre de cette responsabilité du groupe des pairs. Il peut dès lors, librement et au-delà des considérations pécuniaires, laisser jouer les motivations variées qui caractérisent partout un comportement vraiment professionnel, et participer à la réalisation des objectifs du système de soins.

Caractéristiques fondamentales du système des honoraires modulés

Le système des honoraires modulés doit s'articuler en fonction des caractéristiques fondamentales suivantes:

.Tous les professionnels (médecins, dentistes, optométristes et pharmaciens) qui participent au régime d'assurance-maladie, ou qui exercent des activités professionnelles dans des organismes ou des programmes publics ou para-publics, sont rémunérés selon le système des honoraires modulés.

. Les professionnels sont payés selon le principe des honoraires modulés pour toutes leurs activités professionnelles: activités cliniques, activités en santé communautaire, activités administratives, enseignement, recherche et formation continue.

. Le système s'applique aux services dispensés à l'ensemble de la population indépendamment du fait qu'ils soient défrayés par les individus ou par l'Etat.

. L'activité professionnelle proprement dite doit être dissociée des profits sur la distribution de biens (médicaments, prothèses, etc.) et du financement des unités de pratique qui doit être organisé selon les modalités distinctes du paiement des honoraires.

. L'évaluation, la planification, la gestion et le contrôle du système de distribution des services professionnels sont décentralisés. Les décisions sont prises à trois niveaux: le gouvernement, les régions et les districts. Les régions correspondent aux régions socio-sanitaires et les districts sont des unités géographiques plus petites, compatibles avec les territoires des départements de santé communautaire.

. Il y a dans chaque district et pour chaque profession une assemblée des professionnels du district, formée de tous les professionnels de cette profession dans le district qui sont rémunérés selon les honoraires modulés; dans chaque région et pour chaque profession, il y a

une assemblée régionale des professionnels, constituée des représentants élus par les assemblées de district.

. Les services des professionnels de chacune des quatre professions sont payés à même des budgets globaux régionaux répartis par les assemblées régionales en budgets globaux de district.

. Les pairs dans les assemblées de district sont responsables de la gestion de leur budget global d'honoraires, du contrôle de leurs effectifs ainsi que de l'encadrement de leurs activités professionnelles. Ils participent à l'évaluation, à la planification et à la programmation du système de soins.

. L'organisation de la distribution des services professionnels est semblable dans chacune des quatre professions et permet la création des mécanismes de concertation entre les quatre groupes de professionnels dans les districts.

. Les assemblées de district et de région sont intégrées dans un système unifié où il existe des mécanismes de concertation avec les autres composantes du système, comme l'administration des établissements. La coordination et la cohérence du système sont assurées par des organismes comme les conseils régionaux de la santé et des services sociaux, ce qui permet la participation de la population et des organismes intéressés à la santé. Elles résultent aussi d'un cycle annuel d'évaluation, de planification et de programmation appuyé sur des langages communs (par exemple, le système de données et les rapports annuels des assemblées professionnelles de district).

- La Régie de l'assurance-maladie conserve son rôle d'agent payeur, mais au lieu de verser des honoraires sur réception des formulaires de déclaration des actes posés, elle paie des honoraires sur réception d'un formulaire quotidien (ou hebdomadaire, etc.) de déclaration des heures consacrées à des activités professionnelles, ainsi que de certaines informations sur les activités cliniques (les patients vus et les services rendus), et sur les autres activités professionnelles accomplies.

- Les montants d'honoraires sont déterminés par la Régie en appliquant les ententes négociées entre les associations professionnelles et le ministre des Affaires sociales, ainsi que les modalités de gestion des budgets globaux d'honoraires définies par les assemblées professionnelles de district; les ententes particulières relatives à l'enseignement et à la recherche permettent la détermination des honoraires relatifs à ces activités. Chaque entente négociée porte sur le taux de base, ou taux horaire de base de la rémunération pour une profession; elle porte aussi sur les modulations de ce taux de base, ou coefficients qui permettent de tenir compte par exemple des caractéristiques de formation et d'expérience des professionnels, et de celles de leurs activités professionnelles; les organismes responsables de l'enseignement et de la recherche interviennent dans les négociations pour les modulations relatives à ces activités professionnelles.

- La Régie compile les données transmises par les professionnels et les établissements et fournit aux professionnels, aux districts, aux régions et au gouvernement les statistiques pertinentes à leurs fonctions.

- Les libertés professionnelles sont maintenues et le principe du libre choix du professionnel par la population est respecté.

• Les professionnels restent libres de participer ou non au régime d'assurance-maladie.

• Les patients présentent leur carte d'assurance-maladie pour tous les services que leur état requiert. Pour les services assurés, ils n'ont rien à déboursier. Pour les services non assurés, ils ne paient pas directement le professionnel mais ces services leur sont facturés par la Régie, à l'intérieur de limites déterminées par le principe d'un accès égal aux soins.

La rémunération selon les honoraires modulés

Les honoraires modulés couvrent non seulement les activités cliniques telles les diagnostics ou les traitements, qui sont actuellement rémunérées à l'acte, mais aussi toutes les activités professionnelles qui, dans le système actuel, sont payées à salaire, à vacation ou qui, parfois, ne sont tout simplement pas rémunérées.

Plus spécifiquement, en plus de toutes les activités cliniques, les activités professionnelles couvertes sont les activités administratives, la santé communautaire (qui comprend la prévention collective, la santé au travail, la santé scolaire, etc.), l'enseignement, la recherche et la formation continue.

L'extension de la rémunération à ces activités professionnelles doit s'accompagner d'un certain encadrement. C'est pourquoi la possibilité pour un professionnel de réclamer des honoraires pour ces activités est conditionnée par le fait qu'elles doivent avoir eu lieu dans le cadre de programmes ou d'organismes reconnus; de plus, comme les honoraires versés pour ces activités font partie du budget global d'honoraires du district, les pairs s'assurent qu'elles sont pertinentes à la réalisation des objectifs du système de soins.

Pour tenir compte des différences qui existent entre les professionnels, entre leurs activités et entre leur type de pratique, le taux de base des honoraires doit être modulé par quatre types de facteurs.

Les modulations du premier type portent sur les caractéristiques du professionnel, comme sa formation et son expérience. L'application de ces modulations au taux de base permet à chaque professionnel de connaître son taux de base individuel.

Les modulations du deuxième type tiennent compte de certaines caractéristiques des activités. Chacune de ces modulations est spécifique à une activité particulière et elle s'applique au taux de base individuel quand un professionnel y consacre du temps. Il s'agit par exemple des activités cliniques le soir, la nuit, les fins de semaine, des visites à domicile, des techniques chirurgicales ou de diagnostic à risque, de l'enseignement, ou de la recherche.

Les modulations du troisième type permettent de tenir compte du coût de fonctionnement de l'unité de pratique du professionnel (cabinet, polyclinique, pharmacie, etc.).

Les modulations du quatrième type sont celles qui permettent aux assemblées de district d'établir les modalités de gestion par lesquelles elles respecteront le budget global d'honoraires qui leur a été accordé.

Le taux de base est le même pour tous les membres d'une même profession. Le désir d'uniformiser le taux de base repose sur le fait que chaque professionnel à l'intérieur de sa profession a une formation de base similaire. Des modulations particulières (premier type) permettent de tenir compte, par exemple, des années supplémen-

taires de formation, nécessaires pour l'obtention d'une certification de spécialisation.

Les modulations qui permettent de tenir compte de certaines caractéristiques des activités professionnelles (deuxième type) doivent être très peu nombreuses. Plus leur nombre augmente, plus il y a risque d'un retour vers un mode de rémunération ayant les mêmes inconvénients que le paiement à l'acte. De plus, elles doivent être assez faibles pour que la plus grande partie du revenu soit assurée par le taux de base individuel.

Enfin, le taux de base doit permettre à chaque professionnel qui consacre un nombre d'heures normal à des activités professionnelles d'obtenir un revenu acceptable.

Description du fonctionnement d'un système de distribution des services professionnels

Cette section illustre le fonctionnement d'un système de distribution des services professionnels compatible avec les caractéristiques fondamentales des honoraires modulés. Le schéma suivant présente ce fonctionnement pour les services médicaux.

Dans ce système, les professionnels se voient confier la responsabilité de la distribution des services professionnels en fonction des besoins des populations et compte tenu des ressources matérielles et humaines existantes.

Ils doivent exercer cette responsabilité en respectant un budget global, en contrôlant les effectifs de leur district, en utilisant des mécanismes de concertation avec les administrateurs des différents programmes et des autres ressources du système dans leur

Paliers d'intervention	Intervenants	Fonctions et responsabilités
Ensemble du Québec	Ministère des Affaires sociales (M.A.S.)	- Elaborer les grandes orientations de développement du système de soins et évaluer les résultats. - Obtenir les sommes nécessaires pour assurer à toute la population du Québec des soins de qualité et aux professionnels un niveau de revenu acceptable. - Négocier avec les associations professionnelles les taux de base des honoraires et les modulations. - Conclure avec les universités et les organismes de recherche des ententes en ce qui a trait aux modulations des honoraires des médecins enseignants ou chercheurs. - Etablir le niveau des budgets globaux pour les honoraires de chaque région et établir le niveau des budgets globaux des établissements de chaque région. - Réviser d'année en année les budgets globaux en fonction des populations des régions et des programmes de développement du système de soins en consultation avec les professionnels. - Etablir les budgets de chaque C.R.S.S.S. et réviser ces budgets.
La région	Conseil régional de la santé et des services sociaux (C.R.S.S.S.)	- Elaborer en conformité avec les grandes orientations du M.A.S. la politique du système de soins de la région en consultant les différentes assemblées régionales de professionnels et en évaluer les résultats. - S'assurer de la cohérence et de la coordination entre la planification et la programmation des services professionnels et des autres ressources du système de soins en faisant connaître ses programmes de développement aux groupes intéressés - Planifier , programmer, financer et contrôler le réseau des établissements de la région. - Etablir les budgets de fonctionnement, d'équipement, d'immobilisation et de développement des établissements et des unités de pratique agréées.
La région	Assemblée régionale des médecins (l'A.R.M. est composée de médecins élus par tous les médecins de chaque district)	- Répartir le budget global des honoraires entre les districts. - Réviser périodiquement cette répartition.

Paliers d'intervention	Intervenants	Fonctions et responsabilités
Le district (Unité géographique compatible avec les territoires de D.S.C. ayant environ 125 000 personnes et 200 médecins)	Assemblée des médecins de districts (l'A.M.D. est constituée de tous les médecins du district)	- Organiser et développer et évaluer les services professionnels en fonction des orientations régionales. - Préparer pour le C.R.S.S.S. un rapport annuel. - Arbitrer les différends possibles entre les médecins et leur assemblée de district.
		- Fournir à toute la population dont le district est responsable des services de qualité en respectant le budget global qui lui a été attribué par l'A.R.M. - Encadrer l'activité professionnelle des médecins pour s'assurer que les objectifs du système de soins dans le district sont atteints.
		- Etablir et transmettre à la R.A.M.Q. les modalités de gestion des budgets globaux.
		- Définir les besoins en médecins, accepter les nouveaux médecins, et transmettre à la R.A.M.Q. la liste des médecins du district.
		- Décider quelles sont les unités de pratique que le district agréé et en informer la R.A.M.Q. et le C.R.S.S.S..
		- Créer un comité d'évaluation de l'activité professionnelle dans les districts, les comités d'évaluation dans les établissements conservant leur rôle.
		- Préparer un rapport annuel pour l'A.R.M.. - Etablir et soumettre au C.R.S.S.S. le budget de fonctionnement de son secrétariat.
Unités de pratique	Unités privées (cabinet privé, polyclinique)	- Financement assuré par les professionnels à partir de la modulation: "financement des unités de pratique"
Unités de pratique	Unités agréées (unités privées qui acceptent de respecter des règles de gestion analogues à celles des établissements)	- Financement assuré par un budget global de fonctionnement fourni par le C.R.S.S.S.. - Faire parvenir des bilans financiers au C.R.S.S.S..
Unités de pratique	Etablissements	- Financement assuré par un budget global déterminé par le C.R.S.S.S..

Paliers d'intervention	Intervenants	Fonctions et responsabilités
L'individu	Le médecin	- Maintien de leurs responsabilités actuelles. - Faire parvenir à la R.A.M.Q. des renseignements sur les patients traités. - Fournir à la population les services préventifs, curatifs et de réadaptation qu'elle requiert. - Choisir un seul district. - Participer aux travaux de l'assemblée des médecins de son district. - Faire parvenir à la R.A.M.Q. un relevé d'honoraires ainsi que les informations demandées. - Maintien de ses principales libertés professionnelles. - Les honoraires modulés rémunèrent l'ensemble de ses activités.
Ensemble du Québec	La Régie de l'assurance-maladie du Québec (R.A.M.Q.)	- Effectuer le paiement des honoraires en conformité avec les ententes négociées entre les fédérations et le M.A.S. et en tenant compte des modalités de gestion des budgets globaux des districts. - Compiler les statistiques à partir des renseignements contenus sur les relevés d'honoraires et ceux fournis par les établissements et les diffuser. - Transmettre régulièrement aux districts, aux régions et au M.A.S. les statistiques pertinentes à leurs fonctions. - Contrôler l'authenticité des relevés d'honoraires.
Ensemble du Québec	La Corporation professionnelle des médecins	- Maintien des responsabilités actuelles, auxquelles s'ajoute celle de vérifier que les comités d'évaluation de l'activité professionnelle des districts s'acquittent bien de leurs tâches.
Ensemble du Québec	Les associations professionnelles (F.M.O.Q., F.M.S.Q.)	- Négocier avec le M.A.S. le taux de base des honoraires et les modulations.

district et enfin, en encadrant la pratique des professionnels. De plus, parce qu'ils doivent rendre compte à plusieurs instances (par exemple, l'assemblée régionale de leur profession, et leur conseil régional de la santé et des services sociaux), les pairs dans le district s'impliquent dans l'élaboration des grandes orientations des conseils régionaux de la santé et des services sociaux et du ministère des Affaires sociales.

L'activité professionnelle s'articule ainsi avec les autres ressources du système de soins pour former un système cohérent et unifié dont la gestion est décentralisée dans les régions et surtout dans les districts.

L'encadrement de l'activité professionnelle dans un tel système à la fois décentralisé et unifié favorise une définition dynamique des normes professionnelles de bonne pratique, et permet de développer l'évaluation de la pratique professionnelle par les corporations professionnelles.

Il se crée alors des situations d'évaluations comparatives et d'émulation entre les régions et les districts, entre les groupes de professionnels et entre les professionnels d'un même district. Un tel système comporte de nombreux facteurs de flexibilité, d'adaptabilité et d'efficacité.

Le financement des services professionnels

Le système des honoraires modulés, parce qu'il couvre la totalité des activités professionnelles, suppose la recherche de mécanismes de financement qui, tout en n'accroissant pas la part du financement assuré par des fonds publics, permettent de respecter le principe d'un accès égal aux soins pour toute la population.

En effet, un système de soins cohérent ne peut exister que s'il est complet et si l'accès aux soins n'est fondé que sur un seul principe, l'accès égal pour l'ensemble de la population. La coexistence de l'accès selon la capacité de payer avec l'accès égal rend impossible un fonctionnement efficace du système de soins.

Par contre, dans le développement des programmes publics, il faut tenir compte des limites de la taxation, à cause de ses effets négatifs sur l'incitation au travail et sur la participation à l'activité économique; c'est une activité économique dynamique qui est la source des fonds publics.

Il est donc nécessaire que le financement des soins aux patients se fasse en partie par des fonds de source publique et en partie par des fonds de source privée.

La définition des parts relatives du privé et du public dans le financement pourrait se faire en appliquant les mêmes principes que ceux qui sont mis de l'avant dans l'établissement des politiques de sécurité du revenu.

Ces principes visent à dépasser la séparation arbitraire entre les laissés pour compte que seraient les assistés sociaux et les autres citoyens qui seraient complètement autonomes; ils permettent l'existence d'une continuité dynamique entre les situations de dépendance totale, plus ou moins temporaires, les situations de besoin d'une aide complémentaire à un revenu de travail insuffisant, et les situations d'autonomie complète.

Il s'agit d'incorporer, dans le financement du système de soins, des revenus provenant du paiement à la Régie par les patients des frais encourus, mais seulement à l'intérieur de limites déterminées par le principe d'un accès égal aux soins.

Il faut donc exempter du paiement des frais encourus pour des services non assurés par le régime d'assurance-maladie, certains utilisateurs (par exemple, les assistés sociaux, les personnes âgées), certaines catégories de soins (par exemple, ceux qui concernent les maladies chroniques), certaines situations de recours aux soins (il faut prévoir un montant maximum annuel de dépenses pour les soins de santé).

Enfin, il ne faut pas que la source de financement (public ou privé) ait d'effets sur la rémunération individuelle des professionnels ni sur le budget global des services professionnels. Seule l'importance des besoins des patients doit intervenir dans les décisions des professionnels.

Un financement qui respecterait ces principes permettrait de corriger le caractère partiel du système tout en donnant à l'ensemble de la population un accès équitable aux soins, c'est-à-dire un accès qui permette à tous les individus d'utiliser les services selon l'importance de leurs besoins, mais en les faisant participer selon leurs possibilités économiques au coût de certains services non assurés par le régime d'assurance-maladie.

Le système des honoraires modulés représente une réforme de type global. Tant par la façon d'y arriver que par sa nature, il s'apparente à un contrat social. Il ne se prête pas au cadre actuel de la négociation des ententes. Des conditions préalables doivent être rencontrées; avant celles qui portent sur les structures et sur les modifications au cadre juridique qui suivront la volonté politique d'implanter le système, il y a l'établissement d'un consensus suffisant de la population, des groupes de professionnels et du gouvernement. La proposition du Comité doit faire l'objet d'une vaste discussion par l'ensemble des groupes intéressés, avec un souci d'objectivité et une volonté de progrès."

Nous devons en terminant indiquer que la vaste discussion que souhaitaient les membres du comité n'a pas encore vraiment eu lieu. Le système des honoraires modulés a été au premier abord rejeté aussi bien par le gouvernement que par les associations de médecins, mais pour des raisons différentes. Le gouvernement a trouvé que la proposition donnait trop de pouvoirs aux médecins et les associations ont estimé que cela allait à l'encontre des libertés individuelles classiques des médecins. Par manque d'information, les médecins individuellement n'ont pas pu se prononcer. Par ailleurs, il est très probable, dans les années qui viennent, que le cadre de réflexion que propose le système des honoraires modulés puisse être utilisé pour faire les changements qui permettront au système de soins du Québec de continuer à être un modèle pour de nombreux pays.

Notes et références de la section IV

- 1 Rapport de la commission d'enquête sur la santé et le Bien-être social, Vol. IV, la Santé, Tome IV; gouvernement du Québec, Québec, 1970 (p. 234).
- 2 Blain, G. (éditeur): La réforme des affaires sociales au Québec 1970-1980, Actes du 1er colloque J.Y. Rivard, Les Editions Administration de la santé, Montréal, 1980.
- 3 Cette section est inspirée par: le rapport du comité sur la rémunération des professionnels de la santé du Québec, Le système des honoraires modulés, Ministère des Affaires sociales, Québec, Mai 1980, et par Contandriopoulos, A.P. "Economie du système de santé", à paraître dans "Le traité d'anthropologie médicale", Dufresne, J. (éditeur), 1983.
- 4 Donabedian, A.: Aspects of Medical Care Administration, Harvard University Press, 1973.
- 5 La notion de délégation de rationalité traduit le concept d'"agency", à ce sujet voir: Pauly, M.: "Doctors and their workshops", National Bureau of Economic Research, University of Chicago Press, 1980; Dionne, G. and Contandriopoulos, A.P.: "Doctors and their workshops: a review article" département d'économie, Cahier 8245, Université de Montréal; Darbon, S. et Letourney, A.: "La micro-économie des soins médicaux doit-elle nécessairement être d'inspiration néo-classique?", Sciences sociales et santé, Vol. 1, no 2, 1983.
- 6 Les différentes motivations ont été discutées non seulement par des économistes mais aussi par des sociologues, voir:
 Contandriopoulos, A.P.: "Un modèle du comportement économique du médecin en tant que producteur de services", Thèse de doctorat, département d'Economie, Université de Montréal, 1976; Dionne, G. et Contandriopoulos, A.P.: "Doctors and their workshops: a review article", op. cit.; Pauly, M.V.: "Doctors and their workshops", op. cit.
 Evans, R.G.: "Modelling the Economic Objectives of the Physician", in Fraser, R.D. (editor), Health Economics Symposium, Queens University, Ontario, 1976.
 Reinhardt, U.E.: "Physician Productivities and the demand for health Manpower", Ballinger, Mass., 1975.
 Dupuy, J.P.: "Le médicament dans la relation médecin-malade", in Bozzini, L. et al. "Médecine et société: les années 80", Editions coopératives Albert Saint-Martin, Montréal 1981.
 Letourney, A.: Etude de la pratique médicale du généraliste, la médecine libérale de cabinet, CEREBE, Paris, 1977.
 McKeown, T.: The role of Medicine, Nuffield Provincial Hospital Trust, 1976.

- Contandriopoulos, A.P.: Stimulants économiques et utilisation des services médicaux, Actualité Economique, avril-juin 1980.
- 7 Wennberg, J.E.; Barnes, B.A.; Zubkoff, M.: "Professional Uncertainty and the Problem of Supplier - Induced Demand", Social Sciences and Medicine, Vol. 16, pp. 811-824, 1982.
- 8 Reinhardt, U.E.: "Alternative Methods of Reimbursing non institutional Providers of Health Service", in Institute of Medicine, Controls on Health Care, National Academy of Sciences, Washington, D.C., 1975 (pp. 139-174).
- 9 Voir: Le système des honoraires modulés, op. cit.
- Rivard, J.Y. et Boudreau, T.: "Les effets de la rémunération et de l'organisation de l'exercice de la médecine sur les objectifs du système de santé", P.N.R.D.S., Santé et Bien-être social, Ottawa, 1975.
- Contandriopoulos, A.P.: "Efficacité du système de soins et paiement à l'acte" in "Medical Informatics Europe 81" edited by D.A.B. Lindberg and P.L. Reichert. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1981 (pp. 159-168).
- "Le paiement à l'acte et la santé sont-ils compatibles?" Colloque organisé par l'Association pour la santé publique du Québec le 17 septembre 1980, Montréal.
- Rapport de la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Vol. IV, Tome IV, la Santé, op. cit. (pp. 227-234).
- Rivard, J.Y.: "La rémunération du corps médical", Annexe 13, Commission d'enquête sur la santé et le Bien-être social, Gouvernement du Québec, 1970.
- 10 Le système des honoraires modulés, op. cit. p. 11
- 11 Contandriopoulos, A.P.: "Stimulants économiques et utilisation des services médicaux", op. cit.
- 12a L'Association des Médecins Omnipraticiens de Montréal (AMOM) a fait parvenir en novembre 1980 un questionnaire à ses 1920 membres au moyen de son bulletin, 400 médecins ont répondu.
- 12b En décembre 1981, une enquête téléphonique a été effectuée auprès d'un échantillon aléatoire stratifié de 911 médecins répartis dans toutes les régions du Québec et dans toutes les spécialités. Voir: Contandriopoulos, A.P., Pineault, R., Fournier, M.A.: Opinion des médecins québécois sur la pratique en région éloignée et sur le mode de rémunération, Equipe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Faculté de Médecine, Université de Montréal, juillet 1982.

- 12c La Fédération des Médecins Spécialistes (FMSQ) a fait faire en 1982 par la Société Pouliot, Guérard Inc., un sondage auprès de ses 6162 membres, 3294 médecins ont répondu. Voir: L'Actualité médicale, 12 janvier 1983, p. 13.
- 12d Le journal l'Actualité Médicale a fait faire en décembre 1982, par le centre de sondage de l'Université de Montréal, un sondage téléphonique auprès de 326 médecins: Voir l'Actualité Médicale du 9 février 1983 et du 9 mars 1983.
- 12e Une enquête téléphonique auprès d'un échantillon de 2091 représentants de toute la population du Québec a été faite par le centre de sondage de l'Université de Montréal dans le cadre de son sondage omnibus à l'automne 1981, Voir: Contandriopoulos, A.P. et al. "Opinion des médecins québécois sur la pratique en région éloignée et sur le mode de rémunération, op. cit. (p. 79-80).
- 12f Le ministère des Affaires sociales a fait, en octobre 1981, un sondage téléphonique auprès de 900 personnes pour apprécier leur satisfaction face aux professionnels de la santé et des services sociaux. Voir: "Etude sur la satisfaction face aux professionnels de la santé et des services sociaux", Evaluation des programmes, Ministère des Affaires Sociales, Québec, novembre 1982.
- 13 "Le système des honoraires modulés", op. cit.
- 14 Ibid, p. XLV.
- 15 Nous reproduisons une partie du résumé synthèse du rapport du comité sur la rémunération des professionnels du Québec "Le système des honoraires modulés", op. cit. (pp. XXX à XLIV).

Annexe I

Correspondance entre certains actes C.R.V.S. 64
et ceux en vigueur au Québec et évolution
des tarifs québécois de 1971 à 1982

Pour pouvoir comparer le niveau des tarifs en vigueur au Québec avec ceux qui existent dans d'autres pays ou provinces et pour éventuellement analyser comment le volume des différents actes a évolué dans le temps en fonction des tarifs, il faut établir des équivalences entre les définitions des actes en vigueur au Québec et les définitions de 50 actes qui sont retenus aux Etats-Unis pour établir des comparaisons (Medicare Directory of Prevailing Charges, 1978).

Les actes apparaissant sur les tableaux Ia et Ib sont définis à partir des California Relative Value Studies de 1964. Cette nomenclature est différente de celle qui est en vigueur au Québec.

Les équivalences que nous avons établies reposent sur les principes suivants:

(1) Il n'existe pas au Québec de différence entre les nouveaux patients et les autres. Nous avons admis que lorsqu'un médecin verrait un nouveau patient, il ferait au moins un examen complet.

(2) De 1970 à 1976 la même structure tarifaire s'appliquait à tous les médecins,; il n'y a donc pas lieu de considérer la spécialité du médecin pour définir le tarif. A partir de 1977, il existe des différences entre spécialités et nous avons considéré les tarifs correspondants à la spécialité indiquée, sauf en ce qui concerne les examens. En effet, on peut se demander, si au Québec ce n'est pas le tarif des examens par les omnipraticiens qui correspond le mieux à l'activité médicale de 1ère ligne.

(3) Quand une définition américaine est couverte par plusieurs actes au Québec, nous avons indiqué tous les actes correspondants ainsi que leurs tarifs.

Tableau A.1.1 Evolution des tarifs de certains examens, Québec 1971-1982

Définition C.R.V.S. 64	Procédures		Tarifs de la Régie de l'assurance-maladie du Québec					Accroissement des tarifs en %		
	1971-76		1977-1982	1971-76	1977	1981	1982	1971-77	1977-78	1971-82
9000 Initial limited office visit, new patient	050 Examen complet au cabinet		0038 Examen spécifique (interniste) 0050 Examen complet au cabinet (G.P.)*	11,00	15,00 13,50	20,00 16,00	25,00 20,05	36,4 22,7	66,7 48,5	127,3 82,3
9002 Initial comprehensive office visit, new patient	052 Examen complet ma- jeur au cabinet		0044 Examen spécifique complet (inter- niste) 0052 Examen complet majeur au cabinet (G.P.)	20,00	29,00 25,00	40,00 30,00	48,00 36,75	45,0 20,0	65,5 47,0	140,0 83,4
9003 Minimal office visit, established patient	001 Examen ordinaire au cabinet		0019 Examen sommaire (interniste) ou 0001 Examen ordinaire au cabinet (G.P.)	5,00	7,00 7,00	8,00 8,00	8,00 10,00	40,0 40,0	14,3 42,9	60,0 100,0
9004 Routine follow-up brief office visit, established patient	001 Examen ordinaire au cabinet		0019 Examen sommaire (interniste) 0001 Examen ordinaire au cabinet (G.P.)	5,00	7,00 7,00	8,00 8,00	8,00 10,00	40,0 40,0	14,3 42,9	60,0 100,0
9005 Routine follow-up brief home visit	002 Examen ordinaire à domicile		0024 Examen sommaire à domicile (interniste) 0002 Examen à domicile de jour (G.P.)	7,00	7,00 15,00	8,00 20,00	10,00 24,50	- 114,3	42,9 63,3	42,9 250,5
9020 Initial brief hospital visit	055 Visite avec examen complet à l'hôpital		0042 Examen spécifique -malade admis (interniste) 0055 Examen complet-malade admis (G.P.)	8,50	11,00 9,75	15,00 10,00	19,00 13,35	29,4 14,7	72,7 36,9	123,5 57,1
9022 Initial comprehensive hospital visit	096 Visite avec examen complet majeur à l'hôpital		0047 Examen spécifique complet- malade admis (interniste) 0096 Examen complet majeur - malade admis (G.P.)	17,00	24,00 18,00	31,00 20,00	36,00 24,50	50,0 5,9	50,0 36,0	111,8 44,1
9024 Routine follow-up brief hospital visit	003 Examen ordinaire à l'hôpital		0049 Examen de contrôle - malade admis (interniste)	3,50	5,00	6,50	8,00	42,9	60,0	128,1

* 0,000011 ten

Tableau A.1.1.b Évolution des tarifs de certains actes. Québec 1977-1982

CRVS	Procédure	Tarif			Accroissement % des tarifs 1977-82
		1977	1981	1982	
0171	Biopsy skin	0215 Biopsie de la peau et des tissus sous-cutanés ¹ 9,75 ² 11,50	9,75 11,50	9,75 11,50	- -
0470	Radical Mastectomy	1231 Mastectomie radicale ou radicale modifiée 230,00	310,00	340,00	47,8
0868	Reduction of fracture-neck of femur	2695 Fracture du col ou intertrochantérienne: réduction fermée (fémur) 98,00 2715 Fracture du col ou intertrochantérienne: réduction ouverte: clou seulement (fémur) 220,00 2716 Fracture du col ou intertrochantérienne: réduction ouverte: clou et plaque (fémur) 220,00	98,00 220,00 220,00	98,00 220,00 300,00	- - 36,4
1046	Arthrotomy-puncture for aspiration of joint effusion	0586 Ponctions - articulation 9,75 ¹ 11,75 ²	10,00 13,00	10,00 13,00	2,4 10,6
1413	Needle puncture of bursa	0587 Ponctions - bourse séreuse 9,75 ¹ 11,75 ²	10,00 13,00	10,00 13,00	2,4 10,6
2111	Bronchoscopy	0275 Bronchoscopie incluant la laryngoscopie et la trachéoscopie: aspiratrice 90,00 ³ 0276 Bronchoscopie incluant la laryngoscopie et la trachéoscopie: avec exérèse de tumeur 98,00 ³ 0277 Bronchoscopie incluant la laryngoscopie et la trachéoscopie: avec extraction de corps étranger 98,00 ³ 0278 Bronchoscopie incluant la laryngoscopie et la trachéoscopie: diagnostique avec ou sans biopsie 92,00 ³	90,00 98,00 98,00 92,00	90,00 98,00 98,00 92,00	- - - -

	CRVS	Procédure	Tarif			Accroissement % des tarifs 1977-82
			1977	1981	1982	
2330	Catheterization of heart	0281 Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques: cathétérisme cardiaque droit et/ou artère pulmonaire	98,00	98,00	98,00	-
		0330 Un maximum de 250\$ est payable pour l'ensemble des services médicaux de la section "cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques", y compris l'angiologie, faites durant la même séance	250,00	250,00	250,00	-
2356	Insertion of a pacemaker	4300 Implantation ou réimplantation d'électrodes pour stimulation cardiaque permanente avec mise en place du stimulateur (par voie thoracique (électrodes épicaudiques))	270,00	270,00	270,00	-
		4301 Implantation ou réimplantation d'électrodes pour stimulation cardiaque permanente avec mise en place du stimulateur (par voie endocavitaire)	250,00	220,00		- 12,2
2445	Blood transfusion	0647 Transfusion directe, exsanguino-transfusion (chacune)	98,00	110,00	125,00	27,6
3179	Colectomy	5232 Colectomie totale avec iléo-rectostomie (excision)	390,00	490,00	540,00	38,5
		5233 Colectomie totale avec amputation abdomino-périnéale du rectum et iléostomie: un chirurgien (excision)	500,00	625,00	685,00	37,0
		5234 Colectomie totale avec amputation abdomino-périnéale du rectum et iléostomie: deux chirurgiens: chirurgien abdominal (excision)	425,00	535,00	590,00	38,8

CRVS	Procédure	Tarif			Accroissement % des tarifs 1977-82
		1977	1981	1982	
	5235 Colectomie totale avec amputation abdomino-périnéale du rectum et iléostomie: deux chirurgiens: chirurgien périnéal (excision)	125,00	160,00	175,00	40,0
3261 Appendectomy	5201 Appendicectomie (excision)	125,00	165,00	160,00	28,0
3310 Sigmoidoscopy	5182 Exérèse d'une tumeur villositaire du rectum par rectosigmoidoscopie ou voie endorectale (excision) 5245 Proctosigmoidectomie pour prolapsus (excision)	85,00 290,00	165,00 360,00	180,00 475,00	111,8 63,8
3380 Hemorrhoidectomy	5252 Hémorroïdectomie: avec ou sans rectosigmoidoscopie avec ou sans réparation de fissure: externe: unique ou multiple (excision) 5248 Hémorroïdectomie: avec ou sans dilatation anale, avec ou sans cryptectomie, avec ou sans excision ou incision d'hémorroïdes thrombosées, avec ou sans papillectomie 5249 Hémorroïdectomie selon la technique de McGivney, Barron et al., par séance	45,00 98,00 21,00	57,00 125,00 26,00	63,00 140,00 30,00	40,0 42,9 42,9
3315 Cholecystectomy	5269 Cholécystectomie (excision) 5264 Cholécystectomie et cholédochostomie (excision) 5263 Cholécystectomie, cholédochostomie, duodénotomie, sphinctérotomie (excision)	200,00 250,00 290,00	275,00 355,00 405,00	300,00 390,00 445,00	50,0 56,0 53,4

CRVS	Procédure	Tarif			Accroissement % des tarifs 1977-82
		1977	1981	1982	
3631	Repair Hernia				
	5469 Hernie incisionnelle (Abdomen, péritoine et épiploon)	150,00	190,00	210,00	40,0
	5476 Hernie récidivante (Abdomen, péritoine et épiploon)	150,00	190,00	210,00	40,0
	5471 Hernie épigastrique (Abdomen, péritoine et épiploon)	98,00	150,00	165,00	68,4
3930	Cystoscopy				
	0320 Cystoscope diagnostique (y compris la recherche de trajet fistuleux)	30,00 ³	30,00	30,00	-
	0314 Cystoscopie avec ablation d'un calcul de l'uretère ou manipulation	98,00 ³	98,00	98,00	-
	0315 Cystoscopie avec ablation d'un corps étranger de l'urètre ou de la vessie	75,00 ³	75,00	75,00	-
	0316 Cystoscopie avec électrocoagulation ou traitement de lésions vésicales, avec ou sans biopsie	52,00 ³	52,00	52,00	-
	0317 Cystoscopie avec méatotomie urétérale	75,00 ³	75,00	75,00	-
	0318 Cystoscopie avec résection d'un urétéroccèle	75,00 ³	75,00	75,00	-
	0319 Cystoscope diagnostique avec cathétérisme des uretères: unilatéral ou bilatéral	35,00 ³	35,00	35,00	-
4031	Dilatation of urethra				
	0730 Dilatation d'urétérostomie ou de stoma iléal ou colonique sous anesthésie générale	9,25 ³	9,25	9,25	-
	0731 Première dilatation d'un rétrécissement de l'urètre par passage de bougie ou de sonde filiforme	18,50 ³	18,50	18,50	-
	0732 Dilatation ultérieure d'un rétrécissement de l'urètre par passage de bougie ou de sonde filiforme	14,00 ³	14,00	14,00	-
	0733 Dilatation d'urètre chez la femme	9,25 ³	9,25	9,25	-

CRVS	Procédure	Tarif			Accroissement % des tarifs 1977-82	
		1977	1981	1982		
4316	Prostatectomy	6240	Prostatectomie sus-pubienne (1 ou 2 temps) (excision)			38,1
		6241	Prostatectomie rétropubienne simple			
		6242	Prostatectomie périnéale simple			
		6243	Prostatectomie rétropubienne radicale			
		6244	Prostatectomie périnéale radicale			
		6246	Prostatectomie par cyochirurgie			
4341	Transurethral electrosection of prostate	6247	Prostatectomie transurétrale			38,1
4632	Hysterectomy	6265	Hystérectomie abdominale totale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bila- térale			5,3
		6266	Hystérectomie vaginale totale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bila- térale			
		6269	Hystérectomie radicale: (Wertheim)			-
		6270	Hystérectomie radicale et lymphadénectomie			
		6273	Hystérectomie vaginale avec cystocèle, salpingo-ovariectomie incluse			11,9
		6274	Hystérectomie vaginale avec rectocèle, salpingo-ovariectomie et cystocèle incluse			
5611	Extraction of lens	7261	Extraction de cataractes avec implantation d'une lentille intra-oculaire (intra camé- rulaire), lentille incluse			-
		7229 ou 7238 7055	Extraction de cataracte (toute technique)			
			Cataracte membraneuse: disclission			

CRVS	Procédure	Tarif			Accroissement des tarifs 1977-82
		1977	1981	1982	
	7234 7233 7235 7236 Cataracte membraneuse: avec ciseaux Cataracte congénitale: toute technique Cataracte secondaire: extraction Ablation d'un cristallin luxé	150,00 250,00 250,00 250,00	150,00 250,00 250,00 250,00	150,00 5 5 5	-
7100 Chest X-Ray	8100 Poumons: P.A. et latéral (incluant s'il y a lieu des incidences additionnelles)	8,25 ²	13,75	15,50	
7210 X-Ray hip	8080 Hanche: A.P. latéral	15,50 ²	17,50	20,00	
7356 X-Ray Stomach	8150 8152 Abdomen simple Abdomen: incidences multiples	10,00 ² 15,50 ²	11,00 17,50	12,50 20,00	25,0 33,3
7360 X-Ray colon	8160 Colon: insufflation - méthode Wilin	41,00 ²	57,00	65,00	91,2
8622 Hemoglobin	0118 Hémoglobine (méthode quantitative par spectrophotométrie)	1,50	1,50	1,50	-
8722 Blood sugar	0113 Glycémie (par méthode biochimique quanti- tative incluant le prélèvement	4,10	4,10	4,10	-
9101 Electrocardiogram	0340 0341 0342 Electrocardiogramme (interprétation seule- ment) au bureau (interniste) Electrocardiogramme (technique et inter- prétation) (interniste) Electrocardiogramme (technique et inter- prétation avec épreuve d'effort (inclut l'E.C.G. au repos) (interniste)	3,50 10,00 20,00	3,50 10,00 20,00	1,50 4,00 4,00	- 57,1 - 60,0 - 80,0
9330 EEG	0347 Electroencephalogramme de base (interniste)	41,00	41,00	41,00	-

NOTES

- (¹) A l'hôpital (de 1977 à 1982)
- (²) En cabinet (de 1977 à 1982)
- (³) En cabinet ou à l'hôpital (de 1977 à 1982)
- (⁴) En 1982
- (⁵) Compris dans 7238

Note: Tous les tarifs s'appliquent aux actes posés à l'hôpital sauf
sous indication contraire

CMS LIBRARY



3 8095 00012906 0